BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA TRES MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA.

Año XX. JUNIO, 1926. Núm. 152.

EDITORIAL

POR considerarlo de marcada oportunidad en los actuales momentos, insertamos a continuación un artículo que apareció en el "Boletín de la Asociación Médica Americana", tratando el asunto de los Médicos Forenses, asunto este tan debatido por la Asociación Médica de Puerto Rico. Nuestros colegas y nuestros políticos están llamados a hacer todo lo posible, porque también en Puerto Rico sea una realidad la idea de crear un cuerpo de Médicos Forenses, que venga a prestar su competente ayuda a nuestros Tribunales de Justicia, garantizándose de este modo la mayor ecuanimidad en la interpretación de los preceptos médicos legales.. Parécenos que el grito de esta necesidad, sentida en nuestro país, es solo la voz de la Justicia, que debe ser atendida sin otras demoras, que se nos antojan punibles. Mediten nuestros compañeros, sobre este particular, y sigan prestando a este asunto su mas seria, detenida y serena consideración.

RESOLUCION ACERCA DE LA OPINION DE PERITOS

POR CUANTO, El actual procedimiento legal presentando la opinión de peritos en casos civiles y criminales ha traído, muchas veces, la crítica y la censura pública hacia ambas profesiones, legal y médica;

POR CUANTO, El actual procedimiento, en muchos casos se cree, ha destruído la buena administración de una justicia ecuánime, y ha trabajado grandemente en favor del rico y en contra del pobre en causas similares;

POR CUANTO, Un esfuerzo se está realizando en muchos estados, por el Bar de Abogados y las Asociaciones Médicas para corregir esta clase de mal-administración de justicia, y para librar a las profesiones médicas y legales de la censura pública que actualmente recibe:

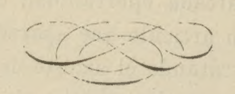
POR CUANTO, El Bar de Abogados Americano está tratando de coseguir el laudable esfuerzo arriba mencionado.

POR TANTO,

RESUELVASE, por la Cámara de De-

legados de la Asociación Médica Americana, en su sepsuagésima-séptima convención; que ésta reconoce la imperiosa necesidad que existe de crear una legislación y un procedimiento legal que tienda a corregir el abuso de la opinión de peritos; que favorece grandemente el uso de peritos nombrados por las cortes de justicia como un correctivo para el actual abuso; que aprueba los esfuerzos de varios bars y asociaciones médicas y que ofrece su cooperación por todos aquellos medios que estén a su alcance para promover una legislación que sea mutuamente satisfactoria a ambas asociaciones, legal y médica, tendente a corregir el actual procedimiento de presentar la opinión de peritos, y además;

RESUELVASE, que una copia de esta resolución se le envíe al Bar de Abogados Americano.



LA DIVISION DE ROENTGENOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DE PUERTO RICO

SU ORGANIZACION Y OBJETO

Por P. Gutiérrez Igaravidez, M.D.; F.A.C.P.

Para responder a las necesidades de los dispensarios antituberculosos en el radiodiagnóstico de los casos que lo requirieran, y para rendir igual servicio a las Instituciones Benéficas que tiene a su cargo el Departamento de Sanidad, se procedió a la adquisición de un equipo de Rayos X y a la construcción de un edificio adecuado para tal propósito.

Este edificio es de concreto-armado, consta de una sola planta y está ocupado en su parte central y lado Oeste por la División de Roentgenología y en su lado Este por la Farmacia del Departamento.

Desde un ámplio pórtico que puede, en caso de necesidad, servir de prolongación a la sala de espera, se dá acceso a esta que es una habitación capaz de dar cabida a más de 30 personas.

Su mobiliario es sencillo y cómodo, la ventilación es completa, los visitantes pueden leer y llevar a sus casas, si así lo desean, diferentes folletos de propaganda higiénica que se tienen a su disposición sobre la mesa central.

De la sala de espera se pasa a la oficina del roentgenólogo o a la sala de radiografía. La primera, además del ajuar propio que le corresponde para el despacho de los informes y consultas de la clínica, tiene una pequeña biblioteca con las obras de técnica, atlas y revistas de la especialidad, más importantes. Se guardan, además, en esta oficina en archivos metálicos los negativos radiográficos y las tarjetas e informes clínicos.

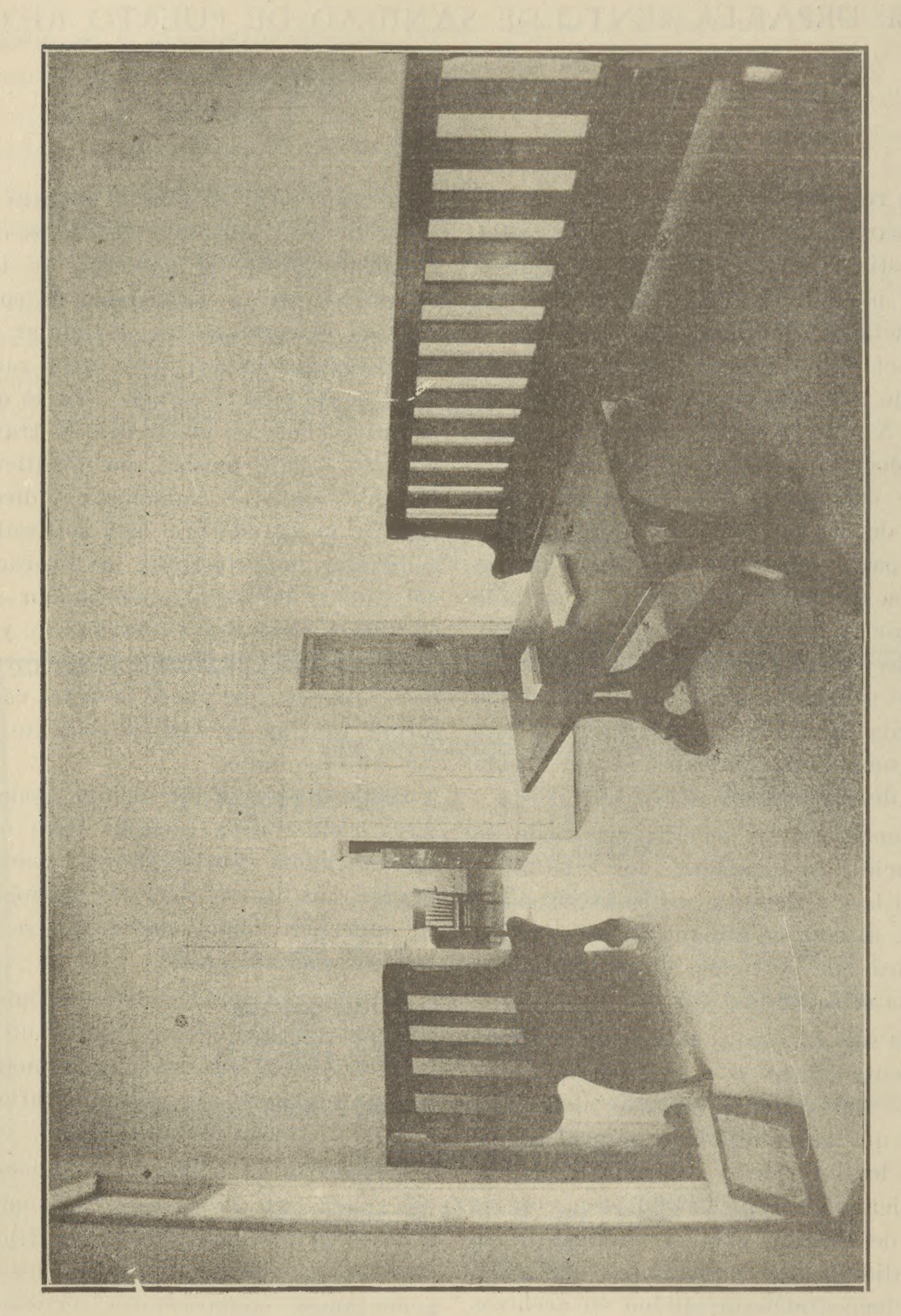
La amplitud de la sala radiográfica permitió colocar en ella el aparato generador de alta tensión y todos los demás complementarios al gobierno de la corriente eléctrica. El sistema de conducción de la corriente es el tubular aéreo a prueba de corona. Los tubos radiógenos son del tipo "Coolidge" por lo que se ha intercalado en el circuito el transformador de baja tensión que mantiene en incandescencia el filamento catódico El cuadro de distribución está separado del generador para facilitar las operaciones del ajuste del autotransformador según el voltage requerido en cada caso, y también lo está el regulador de la corriente del filamento, que puede moverse con amplitud gracias al trípode rodante sobre que está montado.

Dispone este equipo de un modelo de mesa radiográfica especial para el uso del diafragma "Potter Bucky", que puede también utilizarse para las radiografías en superficie plana cuando no se desee emplear el diafragma.

Para las radiografías estereoscópicas en posición vertical, se dispone de un excelente cambia-placas, situado de modo que puedan obtenerse estereoradiografías a 8 piés de distancia del punto focal.

Completan el equipo un conpensador "Kearsley" un interruptor cronométrico y dos soportes para tubos: uno fijo a la mesa *Potter* y otro movible para los roentgenogramas estereoscópicos verticales.

Inmediata a la de radiografía, se halla la sala dedicada al exámen fluoroscópico, dotada de una mesa radiológica suscepti-



Sala de espera. En el fondo: entrada a la oficina del Roengenólogo y a la sala de radiografía.

ble de tomar la posición vertical tanto como la horizontal y de servir lo mismo para la fluoroscopía que para la radiografía. Para este último propósito se ha intercalado en la instalación aérea un interruptor de alta tensión que permite dirigir la corriente según se desee.

Para que el roentgenólogo pueda graduar la iluminación de la pantalla a su conveniencia mientras lleva a cabo un exámen fluoroscópico se ha agregado al equipo de esta habitación un regulador del filamento catódico.

El tubo usado para la fluoroscopía es "Coolidge" modelo radiador de 10 miliamperios y 12.5 cm. (5 pulgadas) de chispa.

En la habitación para la lectura y demostración de negativos se ha instalado un estereoscopio que permite gracias a una iluminación perfecta, estudiar e interpretar los roentgenogramas estereoscópicos o los de visión directa.

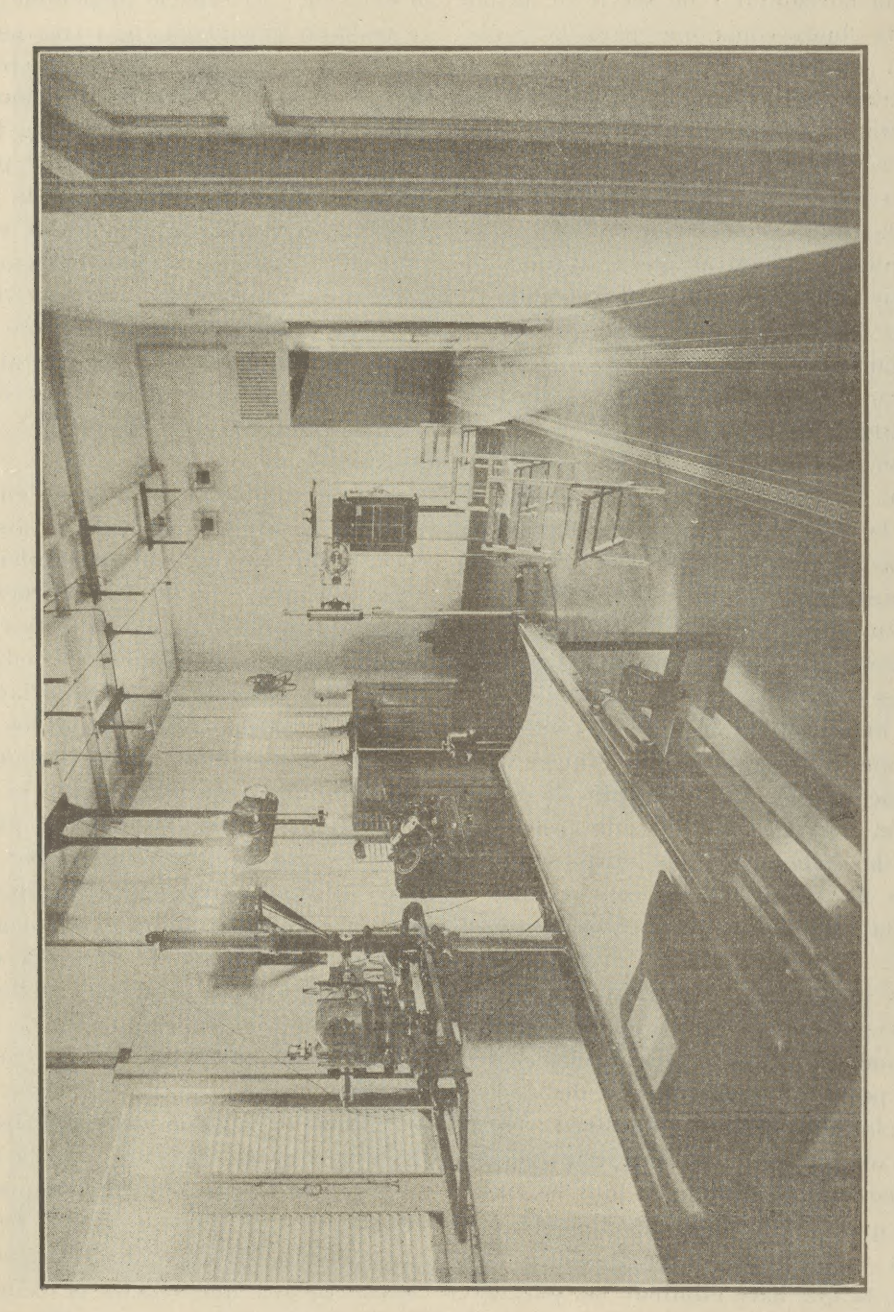
La amplitud de la sala dá comodidad para que concurran a estos exámenes varios médicos sin que el trabajo de demostración y explicación en cada caso interfiera las labores de las otras secciones de la División, ni los concurrentes a aquella se vean interrumpidos en su estudio.

Las operaciones fotográficas se llevan a cabo en una habitación que reune todas las condiciones que pudieran requerirse al más perfecto departamento dedicado a esta clase de trabajo. Amplitud, ventilación, obscuridad y fácil acceso, son condiciones que se han tenido muy en cuenta para que resulte un local eficiente y cómodo. La entrada es en forma de laberinto, lo que hace eliminar las puertas y cierra el paso al menor rayo de luz. La ventilación se obtiene por entradas de aire del exterior a prueba de luz, y extractores eléctricos del aire circulante en el exterior. El espacio disponible permite trabajar cómodamente a tres personas a un mismo tiempo. Usase el sistema de tanque para el desarrollo, fijación y lavado de películas y en la misma habitación se hallan colocados en las paredes los percheros para los marcos de películas expuestas a la acción de los ventiladores eléctricos que las han de secar. Completan este cuarto una mesa de trabajo, gavetas, tablillas para el acomodo de las cajas de películas y de las pantallas reforzadoras, así como de los reactivos y soluciones necesarias en la manipulación de los negativos.

Para el cambio de ropa de los enfermos que van a sufrir exámen se ha dispuesto una habitación que tiene un excelente servicio sanitario. La oficina del roentgenólogo está provista de otro cuarto con servicio sanitario en idénticas condiciones.

Solo los casos insolventes enviados por los dispensarios antituberculosos o por los Asilos sostenidos por el Departamento de Sanidad son admitidos a la clínica de radiología, requiriéndose la presentación de una tarjeta firmada por el médico del dispensario o institución del Departamento que solicita el exámen radiológico. El servicio de Rayos X del Departamento no se presta a aquellos casos que puedan obtenerlo de otras Instituciones o de gabinetes de roentgenología particulares.

El método seguido en la inscripción de enfermos es el siguiente: Cada caso se registra en un libro de entrada preparado al efecto, y de acuerdo con los requisitos de número de órden, fecha, exámen deseado, médico que solicita el exámen, número del negativo, número del registro y observaciones. Al propio tiempo se inscribe en una tarjeta que lee así:



Sala de radiografía. En el fondo entrada a la sala de fluoroscopía.

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
DIVISION DE RAYOS X

Nombre . . . . Edad . . . . . Sexo . . . . . . Dirección . . . . . .
Referido por . . . .

FECHA	REGION	DIST.	AT.	V. P.	Ma.	SEG.	No. NEG.	OBSER.
....	....	....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....	....	....

Diagnóstico Clínico ....
Radio Diagnóstico ....

Las sucesivas radiografías que del caso se obtuvieren se ajustarán así a la norma establecida para la primera y de este modo manteniendo uniformidad en los factores radiográficos, se podrá hacer una correcta apreciación de los cambios operados en el curso del tratamiento.

La División ha establecido como norma para sus exámenes del aparato pulmonar una inspección fluoroscópica preliminar seguida de la obtensión de radiografías estereoscópicas a una distancia de 4 piés del punto focal con intensidades de 100 o más miliamperios y exposiciones de décimas de segundo.

Hasta hace poco estábamos utilizando el tubo "Coolidge" tipo radiador de 30 miliamperios, pero ahora nos servimos del nuevo modelo de 100 miliamperios, recientemente enviado a los laboratorios.

En lo que se refiere a la información radio-diagnóstica de las pneumopatías hemos aceptado entre las diferentes normas la propuesta por Garvin y, al efecto, suministramos un impreso en el que vamos anotando las alteraciones sufridas en las distintas zonas de los campos pulmonares. Bajo el epígrafe "Observaciones" hacemos una síntesis radio-diagnóstica. Los modelos que usamos son los siguientes:

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
DIVISION DE ROENTGENOLOGIA

Lectura del roentgenograma toráxico de . . . .
No. . . . . Clínica de . . . .

Hemitórax Derecho:
1 Bronquio apexiano . . . .
2 Bronquio del 1er. interespacio . .
3. Bronquio del 2do. interespacio . .
4. Bronquio del 3er. interespacio . .
5. Cisura interlobular . . . .
6. Lóbulo inferior . . . .

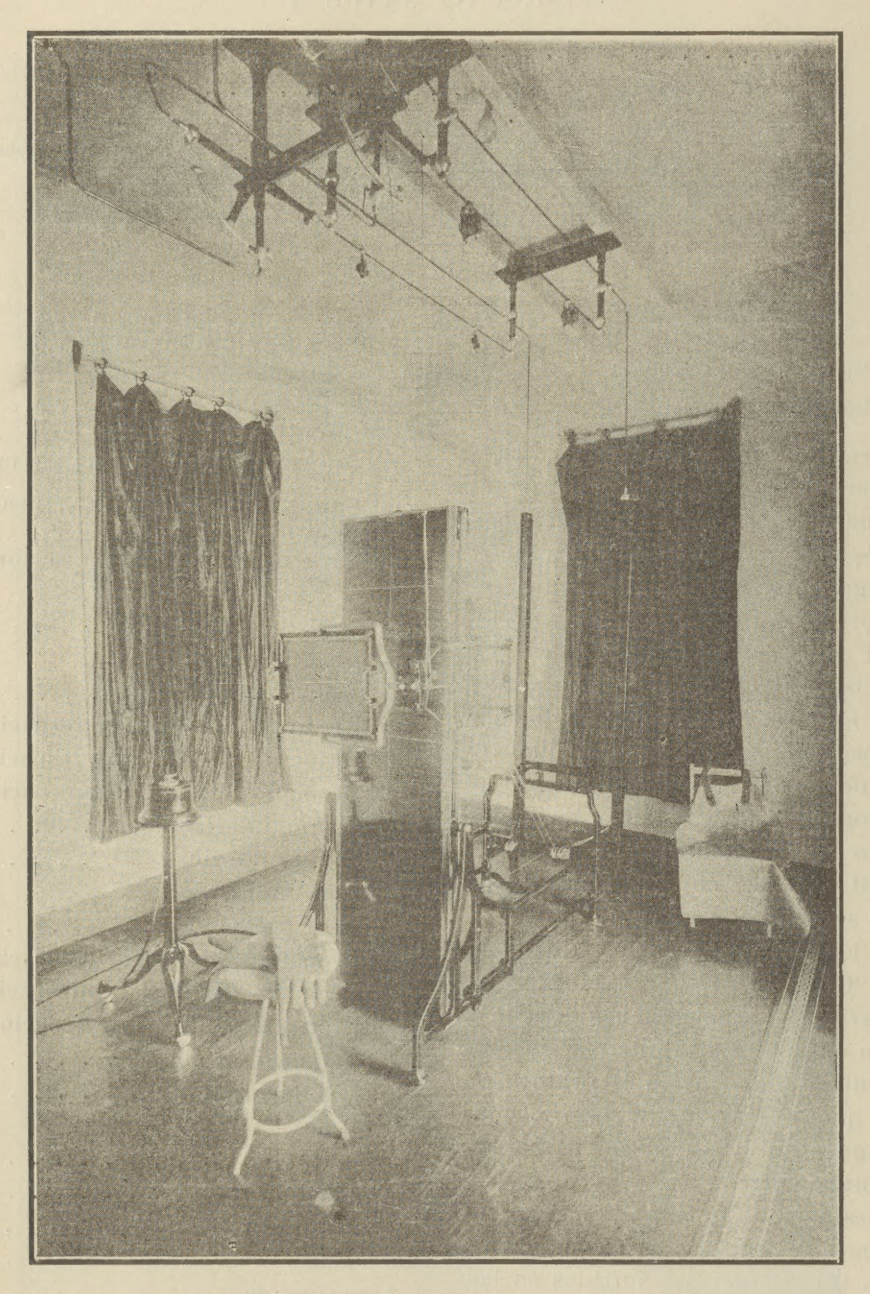
Hemitórax Izquierdo:
1. Area apexiana . . . .
2. Bronquio del 1er. interespacio . .
3. Bronquio del 2do. interespacio . .
4. Bronquio del 3er. interespacio . . .
5. Cisura interlobular . . . .
6. Lóbulo inferior . . . .

Mediastino
Tráquea . . . .
Corazón . . . .
Sombra Mediastínica . . . .

Diafragma . . . .
Observaciones . . . .
Fecha . . . .

. . . .

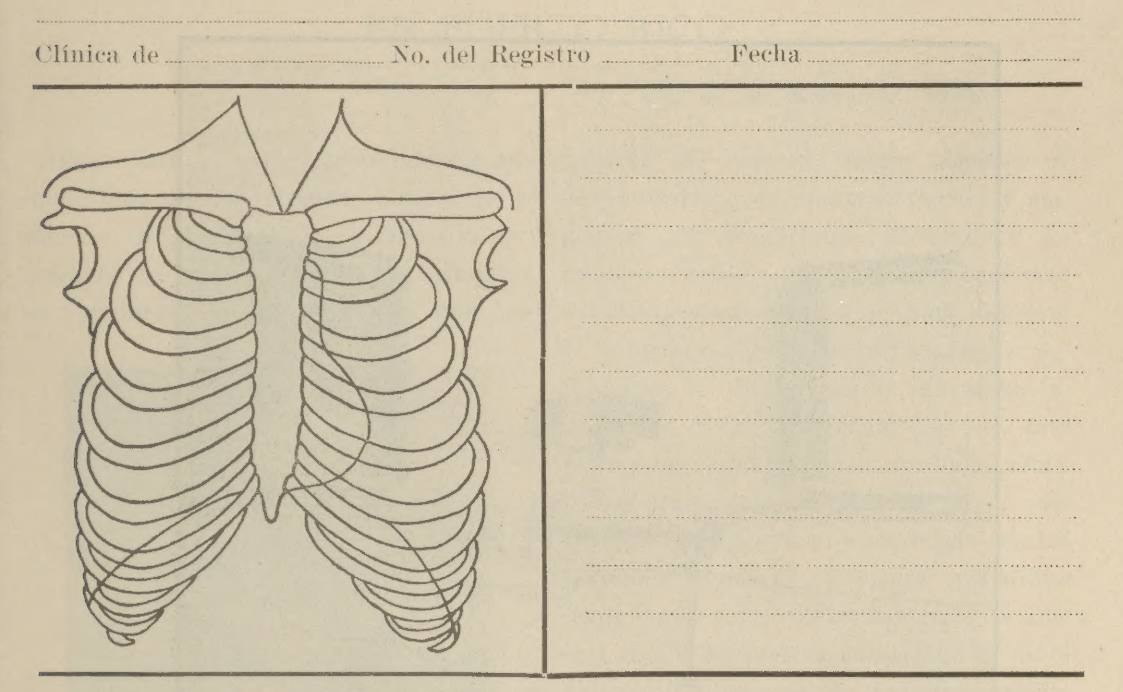
Roentgenólogo.



Sala de exámenes fluoroscópicos.

Informe roentgenoscópico y anotación esquemática del roentgenograma toráxico de ....

Clínica de .... No. del Registro .... Fecha ....



Por lo anteriormente expuesto se vendrá en conocimiento de que el Departamento de Sanidad de Puerto Rico, interpretando fielmente el moderno sentir de la clínica en cuanto a los medios de exploración diagnóstica se refiere, ha sabido responder a las necesidades de sus dispensarios y de las Instituciones Benéficas a su cargo, añadiendo a su organización este nuevo servicio de Rayos X que es un digno exponente de la cultura médica del país y del esfuerzo por mejorar las condiciones físicas de aquellos que toma a su cuidado.

La División de Roentgenología así organizada rinde a la comunidad los servicios siguientes:

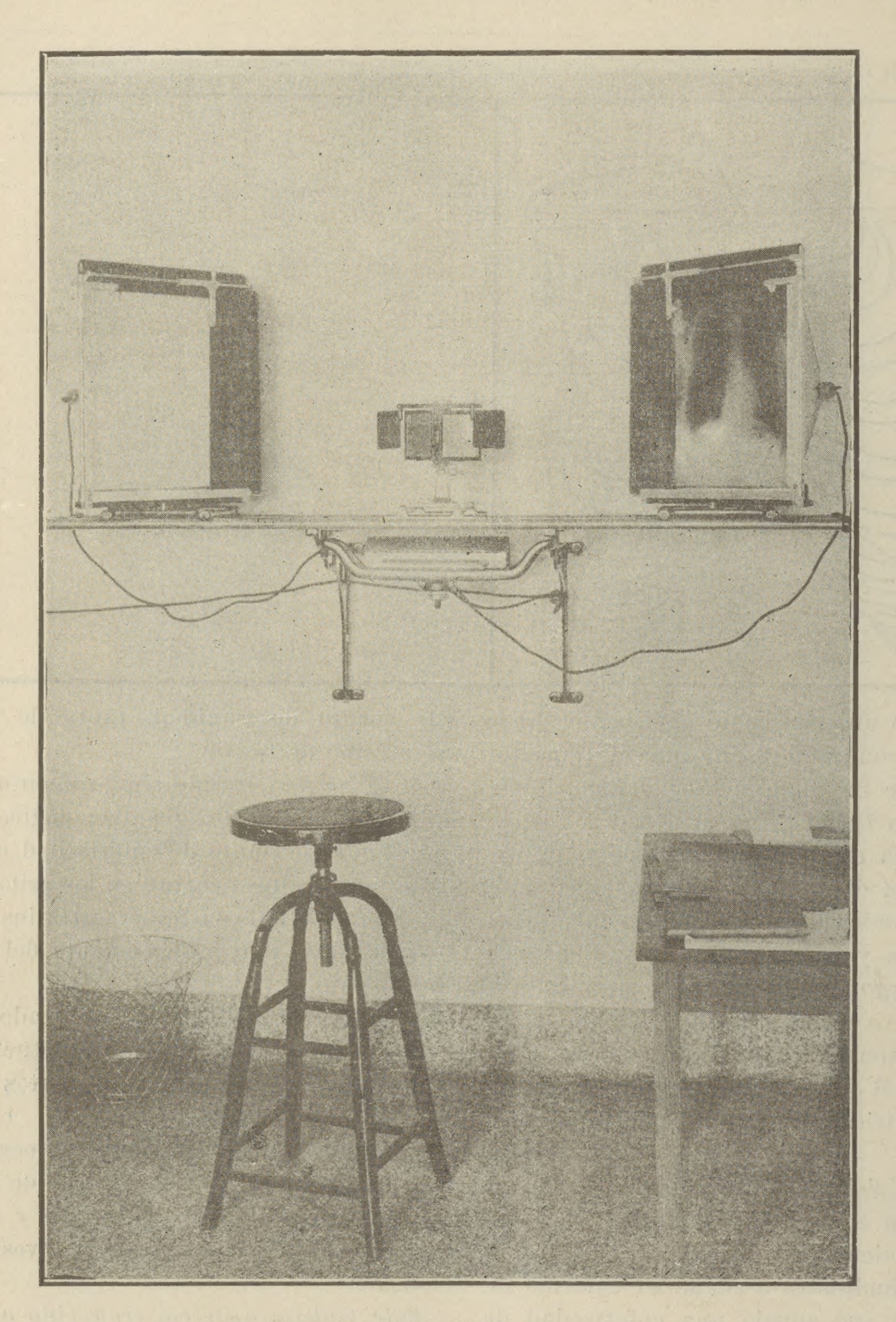
1.—Suministra a cualquier enfermo insolvente que aqueja una enfermedad de pecho, un exámen radiológico completo, sin costo alguno, siempre que venga dirigido por uno de los facultativos de los dispensarios que tiene a su cargo el Departamento de Sanidad, tanto de San Juan como de la isla.

2.—Practica, prévio requerimiento facultativo, el estudio roentgenológico de aquellos casos tanto de enfermedad como de accidentes que ocurran en los asilos de niñas o niños o de cualquiera otra institución de igual índole dependiente del Departamento.

3.—Ofrece a los médicos encargados de estos distintos servicios la oportunidad de estudiar sus casos con los datos que aporta la radiología.

4.—Brinda a la clase médica la ocasión de familiarizarse con el empleo de este importante medio de diagnóstico y a la juventud estudiosa campo a la investigación.

Este trabajo apareció traducido al inglés en la Porto Rico Health Review, Vol. 1 Núm. 7-8, de Enero y Febrero 1926 y a la cortesía de su editor debemos el uso de los fotograbados que lo ilustran.



Sala de demostración y estudio de los roentgenogramas.

EL EDEMA POR DEFICIENCIA ALIMENTICIA EN PUERTO RICO

Por el Dr. Ramón J. Sifre.

Desde hace ya varios años estamos reconociendo en los círculos científicos y oficiales de Puerto Rico la marcada deficiencia de la alimentación del campesino portorriqueño, deficiencia que se acentúa día tras día según aumenta el acaparamiento de nuestras tierras y empeoran las condiciones económicas de nuestro pueblo. No obstante, paréceme que hasta ahora no se le ha dado suficiente énfasis a algunas manifestaciones patológicas que se derivan de esta dieta inadecuada y el fin primordial de este trabajo es llamar la atención hacia ellas.



Con frecuencia se presenta en la consulta del médico rural un enfermo con los síntomas siguientes: Comenzó a sentirse débil desde hace varias semanas; la anemia usual de nuestro campesino se acentuó en él, tomando su tez una palidez transparente; su digestión tornóse cada vez más laboriosa. Se cansaba con frecuencia; se sentía un agotamiento profundo y generalizado. Finalmente, y a menudo tras una crisis gastrointestinal de diarrea simple o disentería, se le presenta un edema, a veces un anasarca marcado, que a menudo viene acompañado de disnea. Si no se le atiende debidamente, y a veces a pesar de los mayores cuidados, la muerte no tarda en sobrevenir.

El examen físico nos revela un paciente cuya edad puede fluctuar entre la infancia y la senectud, con un edema más o menos marcado, anemia profunda y, frecuentemente, disnea. El cabello, especialmente en los niños, escaso y en éstos se presenta con frecuencia una erupción cu-

tánea característica con el aspecto de una quemadura de primer grado, de una semana de duración, con exfoliación abundante, pero tomando la piel afectada el color de sangre desecada.

El sistema respiratorio no presenta nada característico, excepto que en algunos casos puede haber alguna afección catarral o de otra naturaleza, como complicación, debido al estado de astenia general que predomina.

En un alto por ciento de los casos el corazón está más o menos dilatado y presenta soplos anémicos característicos.

En el abdomen a veces, en casos avanzados, descubrimos una ascitis marcada, timpanismo, con dolor generalizado en todo el vientre y a menudo un hígado de mayor volumen que el usual.

Los adultos se quejan de impotencia y a veces el pene muestra un edema marcado. La orina es normal en densidad; no contiene albúmina (o una leve nubecilla) ni azúcar o elementos microscópicos patológicos.

Los reflejos patelares están disminuidos o ausentes; el paciente sufre de parestesia, sensaciones de hormigueo, anestesia en las piernas y dolor al comprimirse los músculos de las pantorrillas.

El examen de excreta, como en todos los demás pacientes de sus condiciones sociales, puede revelar o no ovas de uncinaria, ascárides, tricocéfalos, etc., o ser completamente negativo, especialmente en los niños de corta edad.

Si, después de exámenes repetidos de cientos de estos enfermos, en todos los



estados de su enfermedad, analizamos estos cuidadosamente, tenemos forzosamente que llegar a las siguientes conclusiones:

(*A*) Que estos casos no son casos de uncinariasis avanzada, porque no hay relación entre el coeficiente parasítico y el estado del paciente; porque el tratamiento parasiticida adecuado no cura la afección y a veces la empeora si no se toma



en cuenta la deficiencia alimenticia; porque ésta se pesenta a menudo en casos en que no hay uncinariasis, como sucede principalmente en los niños de corta edad.

(*B*) Que no son casos de miocarditis simple, porque tendríamos que buscar la causa de estas frecuentes miocarditis que no es otra que la deficiencia alimenticia; porque dicho diagnóstico no explicaría gran parte de los síntomas anotados.

(*C*) No son casos de nefritis, porque una nefritis capaz de producir la mayor parte de los síntomas observados tiene necesariamente que ir acompañada de cambios marcados en la orina y otros síntomas de deficiencia renal.

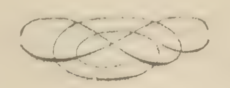
(*D*) Que son casos de edema por deficiencia alimenticia por las razones siguientes:

1ª Un análisis cuidadoso de la dieta de todos estos casos revela deficiencia marcada en vitaminas tipo *B* y de proteidos.

2ª Este cuadro nunca se presenta en individuos cuya alimentación contiene una cantidad adecuada de proteidos y vitaminas *B*.

3ª La corrección de la dieta produce los resultados más felices en la mayor parte de los casos.

Esperamos poder continuar publicando nuestras observaciones sobre el particular, tratando diversas fases de este problema tan transcendental como interesante.



VALOR DE LOS DISPENSARIOS EN LA CAMPAÑA CONTRA LA TUBERCULOSIS.

Discurso del Dr. Victor Gutiérrez Ortiz, leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Pto. Rico, celebrada en Diciembre 13, 1925.

Sr. Presidente, Sras. y Sres.:

Abandonando la arcaica costumbre de empezar los discursos y conferencias pidiendo perdones al auditorio e invocando su piedad y misericordia por lo malo que se va a decir, dentro de una modestia rancia que nadie cree, voy sin más preambulos a entrar en el desarrollo del tema que va a ocupar vuestra atención breves momentos.

El tema dice así:—"Valor de los dispensarios en la campaña contra la tuberculosis."

He podido decir en Puerto Rico, pero no le he dicho en atención a que el de la tuberculosis es un problema mundial, y salvo pequeños detalles, en Puerto Rico, los caracteres generales son los mismos que podría revestir en cualquier pueblo de civilización similar a la nuestra.

En este sentido yo quiero empezar haciendo la declaración categórica de que nuestro país puede sentirse orgulloso porque él está al día, y en la actual campaña que oficial y socialmente realiza estamos a la altura de los pueblos mejor preparados. Nosotros tenemos todavía mucho camino que andar, estamos dando los primeros pasos pero igual ocurre a otros pueblos, el problema es complejísimo y el forcejeo es intenso.

La última parte de este trabajo la voy a dedicar a deciros como funcionan los dispensarios en la campaña contra la tuberculosis en Puerto Rico. Ahora voy enseguida a ocuparme del aspecto general de la cuestión.

Si yo preguntara a un millón de personas, tomadas al azar, "¿Qué entiende por un dispensario antituberculoso?", tengo la absoluta seguridad de que, si entre el millón hay alguno que otro médico, estos contestarán, si están al día en estas cuestiones, dando una respuesta aceptable, el resto no podrá dar explicación alguna, ni aún muchos de los enfermos que diariamente concurren a los dispensarios. Esto demuestra, en primer término, que la campaña contra la tuberculosis es fundamentalmente una campaña de educación de la masa total, del pueblo. En estas condiciones yo me permito definir el dispensario en esta forma:

El dispensario es el instrumento de más valor y eficacia que puede emplearse en la campaña contra el azote de la tuberculosis.

Veamos ahora como es un dispensario, su funcionamiento y sus fines.

El ideal es el *tratamiento del tuberculoso* es la creación de Sanatorios y Hospitales. El ideal en la *campaña contra la tuberculosis* es la creación de eficientes dispensarios, muchos, mientras más, mejor. El dispensario, el Sanatorio y el hospital se complementan. Son el triángulo por así decirlo de la campaña contra la plaga blanca.

En este sentido, si creemos lo que dice el Dr. Locke de Boston, en un trabajo

que se titula "La Cruzada contra la Tuberculosis en Alemania", es este país en donde la organización así como los resultados obtenidos pueden servir de modelo a cualquier otro del mundo.

Aunque yo no comparta la opinión de que lo que se hace en Alemania es lo mejor que se hace en la actualidad, reconozco sinembargo y vosotros lo reconocereis también que el movimiento organizado contra la plaga blanca tiene su origen en Alemania, precisamente porque es Alemania un pueblo que ha pagado un dolorosísimo tributo a esta enfermedad.

Pasando por alto las medidas de higiene pública que os son bien conocidas, quiero recordaros que en Alemania la maquinaria contra la tuberculosis descansa sobre las siguientes fundamentales instituciones:—

Dispensarios que originalmente no eran otra cosa que oficinas de información, que siguieron a la institución de poli-clínicas y que precedieron a los bien equipados y eficientes dispensarios modernos.

Las colonias agrarias, eslabón importantísimo en la campaña, cuyas colonias reciben a los que son dados de alta y que aparentemente curados, en vez de regresar a sus malas viviendas y al trabajo azaroso diario, encuentran en ellas atención y cuidado hasta su restablecimiento total. Estas instituciones en la práctica tropiezan con un inconveniente, y es que los enfermos que se han dado de alta por estar aparentemente curados o positivamente mejorados, tienen la tendencia a regresar a sus hogares y de aquí que estas colonias para adultos no hayan prosperado como fuera de desear.

Las poli-clínicas fueron fundadas por Frankel en 1889; vienen luego los campamentos para convalescientes, los sanatorios y los hospitales para casos avanzados. En Alemania hay la ventaja de las leyes de seguro de enfermedad que ayudan mucho a las erogaciones generales. La Cruz Roja también presta un gran concurso en la campaña. Estoy pasando rápidamente sobre estos puntos para detenerme únicamente en lo que se refiere a los dispensarios.

Los dispensarios responden como un movimiento defensivo a la brutal agresividad de la plaga blanca , es decir, a su aterradora morbilidad. Abatir todos los focos, este debe ser el lema.

¿Cómo hacer esto? ¿Cómo combatir un enemigo tan sutil, cuya táctica es la emboscada y su poder letal puede apreciarse en millonésimos de centímetro cúbico en su potencia morbígena?

¿Cómo combatir con éxito una campaña en donde se necesitan amplios recursos contra una enfermedad que camina del brazo de la pobreza?

Un dispensario para tuberculosis que se organice con vstas al ideal de abatir hasta el máximum las fuentes de infección, debe funcionar en la forma siguiente:—

Previa clasificación de los enfermos según sean, incipientes, moderadamente avanzados y avanzados, y después de registrados en sus tarjetas según veremos más adelante, debe resolverse el envío de estos enfermos, los incipientes y moderadamente avanzados a los sanatorios, y los avanzados a los hospitales: claro está que a los hospitales puede ir alguno que otro enfermo de los avanzados, que más tarde deba ser retro-traido a la clasificación de moderadamente avanzados.

Si hubiera sanatorios y hospitales con un número de camas suficiente para todos los casos, entonces, la labor del dispensario habría de fijarse en segundo lugar, en aquellos sujetos, generalmente de corta edad, que sean justiciables de un envío a los preventorios, y colonias

de campo; si estos establecimientos también tuvieran el número de plazas suficientes, los dispensarios solo *dispensarían* visitas a los domicilios de donde proceden los enfermos y realizarían entonces una labor de higiene y educación para con los familiares del paciente.

¿Cuándo llegaremos a esta hermosa realidad?

Solo Dios lo sabe. Estamos muy lejos de ese ideal. Muy por el contrario la campaña es de por sí amarga y dolrosa; en mil ocasiones nuestra mente se entristece ante la inutilidad de los esfuerzos y ante la pequeñez de los recursos; por esta razón nuestra labor es de insistencia, de valor y de fé.

Yo he leído trabajos acerca de la campaña contra la tuberculosis que hubieran podido caer sobre mi espíritu abatiendo mis esperanzas y mi fé porque tales escritos están llenos de un pesimismo desconsolador, pero yo comulgo con las ideas de aquel sabio médico, artista y filósofo que llenó de claridades la tribuna de la facultad de Medicina de Madrid, el Dr. Letamendi, aquel sabio hombre que encontraba para cada función orgánica y para cada estado patológico una fórmula matemática y que para demostrar que nada se pierde, contaba a sus alumnos, que en su pueblo, un pobre labriego se empeñó en lanzar piedras al espacio con el intento de que llegaran a la luna. Tras largo tiempo en su loca tarea, convencido de su impotencia desistió de su empeño, pero su pueblo contaba entre sus convecinos al mejor hondero, es decir, al mejor lanzador de piedras que habían conocido las generaciones.

El Dr. Adolfo Knopf, profesor de Medicina del Departamento de Tisioterapia del Post Graduado de New York, en un hermoso trabajo, que es de interés actual, se expresa en los siguientes términos:

"Para combatir la tuberculosis con éxito, siendo como es una enfermedad de las masas, se requiere la acción combinada de tres elementos: "Un Gobierno sabio, médicos bien instruidos en la materia y un pueblo inteligente."

El Dr. Knopf después de estudiar las diversas fuentes de infección y de un concienzudo estudio desde el punto de vista de la eugénesis reduce a pesos y centavos lo que significa para los Estados Unidos la pérdida de vidas ocasionadas por la tuberculosis. Antes de empezar a barajar estos números permítaseme traducir aquí este párrafo que justifica, por qué yo entiendo que sus manifestaciones están hechas al calor de un exagerado pesimismo, dice el Dr Knopf:

"Maravilla el hecho de que tengamos hoy en la ciudad de New York, (se refiere al año de 1915) de acuerdo con las estadísticas de autores serios, de 50 a 60 mil individuos, tuberculosos. Aparte de que estos cálculos no se pueden estimar como exactos hay uno muy elocuente y es que las estadísticas por defunciones arrojan 10,258 muertes ocurridas por tuberculosis en un año y esto es a pesar de la bien dirigida campaña por las agencias del Departamento de Sanidad contra la plaga blanca; naturalmente ustedes saben como a causa de la cronicidad de esta enfermedad los sufrimientos físicos y mentales y los sacrificios económicos de parte de los pobres son tremendos y mayores que en ninguna otra aflicción conocida. En estas condiciones, yo estoy seguro que vosotros estais de acuerdo conmigo en que es tiempo de hacer una pausa y preguntarnos a nosotros

mismos si estos expendios oficiales e individuales valen la pena. ¿Es práctico, es económico, es justo y humano hacer estos sacrificios económicos con tan pequeños positivos resultados?"

Yo contestaría a este profesor endosándole con todo respeto el cuento del campesino hondero del Dr. Letamendi.

El Dr. Knopf es muy aficionado a los números y partiendo del hecho de que 150,000 individuos mueren anualmente en los Estados Unidos de tuberculosis, y que 50,000 de estos muertos han sido personas trabajadoras que ganaban el pan y estimando la vida de estos últimos en un valor redondo de $1,500, las pérdidas de estas vidas significarían en dólares una pérdida de 75 millones.

En estas cuestiones numéricas, a pesar de que las matemáticas son exactas, si en la apreciación de los hechos fundamentales interviene la imaginación, se corre el peligro de incurrir en inexactitudes. Frente a estos cálculos del Dr. Knopf están los que apunta el Dr. J. G. Townsend, del Servicio de Sanidad de los Estados Unidos, quien se expresa así en un trabajo de Abril de 1924 que se titula "Las pérdidas Nacionales debidas a la Tuberculosis". Se ha establecido por varios observadores y compañías de Seguro que cada varón puede aportar $100 anualmente a la riqueza de la comunidad, resultando para el grupo que fluctúa entre los 20 y 40 años una pérdida de 20 millones de pesos con arreglo al número de individuos que mueren por tuberculosis en esa edad. Si se estima el valor relativo de cada vida en $3,000 (aquí el Dr. Townsend dobla el valor relativo de una vida en relación con el estimado que hizo el Dr. Knopf,) con una pérdida en los Estados Unidos de aproximadamente 200,000 vidas en totalidad, a causa de la tuberculosis resulta en números redondos $600,000,000 (seiscientos millones de dólares).

No quiero cansaros ofreciendo a vuestras consideraciones nuevos cálculos porque en último término no creo que esto conduzca a nada práctico desde el punto de vista del asunto que estamos tratando.

Cito estos números porque deben conocerse en estos momentos. "El Tiempo es Dinero", es un principio ya conocido hasta por los niños de la ecsuela que parece dar a entender que a todos los problemas políticos y sociales debe asignársele una faceta en relación con ese tirano de los tiempos modernos que se llama el dólar. De todos modos es un gran argumento para mejorar la ineludible campaña que están obligados a realizar todos los pueblos en contra de una enfermedad que siega en flor los más bellos representantes de la humanidad en la más hermosa y florida edad de la vida.

* * *

El primer "Congreso Antituberculoso" se reunió en París, en el año 1898 reunión que se repitió más tarde en Berlín; desde estos primeros pasos en la campaña sistemátizada contra la tuberculosis se viene acariciando por los hombres de ciencia el ideal de crear la "Unión Internacional para combatir la Plaga Blanca". De todos modos el progreso de la ciencia tiene unidos a los hombres en la acción que hoy se realiza contra esta enfermedad.

Es a Calmette a quien se debe la idea de los dispensarios tal como funcionan en la actualidad. La instalación del primer sanatorio para pobres, pero en 1859 ya había inaugurado un sanatorio para pudientes en Gorbersdorf—corresponde a Alemania en 1892.

Alemania en la actualidad da asisten-

cia en estos hospitales a más de 100,000 enfermos.

Para abreviar este trabajo vamos a aceptar la ficción de que estamos ahora en uno de nuestros dispensarios, y que J. Z. viene a nosotros en demanda de asistencia y de consejo. Veamos lo que se hace en nuestros dispensarios. Al franquear el enfermo la puerta de entrada al salón de espera, es en el acto atendido por una enefermera; el salón es limpio, amplio y ventilado, tiene 25 a 30 sillas blancas, claramente numeradas. Los enfermos van ocupando estas sillas por orden numérico. Las sillas están en grupos, unidas por detrás por un listón pintado también de blanco, cuyo listón sirve para fijar un saco de papel cuyo destino sabremos más adelante. Siguiendo el orden de ingreso son llamados por la enfermera que está situada en un escritorio frente al tarjetero; la primera tarjeta que se llena es la que en estos momentos tengo el gusto de enseñaros; en ella se anotan las manifestaciones del enfermo en cuanto a los antecedentes de familia, tiempo que ha transcurrido desde los primeros síntomas y todos los detalles de carácter subjetivo que fundamentan una buena historia clínica; peso, talla, temperatura, etc., etc. Esta labor la inician las enfermeras muy temprano en la mañana, una hora antes de llegar el médico de turno. A la llegada de este, los enfermos son pasados a la oficina de reconocimiento en donde, lo mismo el facultativo, como las enfermeras y personal ayudante, usan una bata blanca que cambian diariamente.

Los enfermos que al ocupar su silla respectiva han sido provistos de una servilleta de papel que han de llevar constantemente delante de la boca y nariz, al llegar a la oficina del facultativo se desvisten, de la cintura hacia arriba, sin distinción de sexos, en un cuarto reservado. Una buena inspección de los detalles que se aprecian a la vista es incompatible con el mal entendido pudor de que, en muy pocas ocasiones por cierto, hacen alarde algunas enfermas. De aquí en adelante sería prolijo que yo entrara en detalles de lo que es un reconocimiento por la palpación, percusión y auscultación, toda vez que a un auditorio profesional tan distinguido como este le son bien conocidas todas estas formas de exploración. Sinembargo, es preciso que hagamos constar que para llegar a conclusiones de diagnóstico con un minimum de probabilidades de error es necesario ver, palpar, percutir y auscultar bien.

Llegamos aquí al punto más importante, más difícil y más decisivo en la labor de los dispensarios. Me refiero al diagnóstico.

De un error de diagnóstico puede depender la vida de un enfermo y en su consecuencia el bienestar de una familia.

En la actualidad, los médicos que conmigo comparten en San Juan el trabajo de los dispenstarios, ellos y yo ponemos siempre todo empeño y todo cuidado en la observación de aquellos enfermos que no presentan un cuadro claro de la enfermedad. Nos ayudan inteligentemente en este sentido el laboratorio biológico y la oficina de rayos X. Pero es sabido, vosotros lo sabeis perfectamente, que ambos auxiliares con ser tan importantes, en ocasiones nos dejan completamente a obscuras, viéndonos obligados a forzar la interpretación clínica para llegar a conclusiones de diagnóstico. Desgraciadamente son numerosos los casos de esta naturaleza.

Veamos un ejemplo: El paciente cuyas iniciales anotamos al principio, es decir, J. Z. provisto de su toalla de papel frente a la boca se desvistió en el cuarto privado

y está ya en el taburete para su reconocimiento. La conformación de su pecho es normal; se dilata rítmicamente siguiendo los movimientos de la respiración por igual en todos sus planos; no hay depresión en ninguna de las fosas supraclaviculares; no hay aumento de vibraciones toráxicas; no hay extertores; no hay fiebre; no hay expectoración ni tos, pero percutimos cuidadosamente y encontramos que en un hilio pulmonar el tono es más sonoro que en el otro. En este punto la mente del clínico piensa en la posibilidad de una latencia tuberculosa. Ni el laboratorio, ni las radiografías harán luz sobre el proceso. Este enfermo se clasifica como de "Observación". Seis semanas más tarde, de acuerdo con nuestras indicaciones, vuelve a la consulta; entonces nos habla de cierto cansancio al levantarse, de trastornos gástricos, de inapetencia y de algunas décimas de temperatura sobre la normal en las horas de la tarde. No hay tos todavía, no hay expectoración, pero la matitez se hace un poco más clara y se nota cierta rudeza en la inspiración; en este caso la posibilidad de un proceso tuberculoso se hace más insistente sin que todavía ni el laboratorio ni la radiografía nos ayuden en el exclarecimiento del diagnóstico; instituimos el tratamiento adecuado y en estas circunstancias puede ocurrir una de dos cosas, o el enfermo después de unas cuantas semanas de tratamiento, de sobre alimentación, de algún balsámico, despreocupaciones, y buen aire, deja de sentirse aquellas cosas que motivaron su llegada al dispensario y por su cuenta deja de venir a la consulta, o por el contrario, se nos presenta un día con la curva térmica típica, con un esputo de aspecto físico también típico y con fenómenos de pecho comprobatorios de una infiltración o de un proceso más avanzado, para cuyo diagnóstico ya no hay dudas desde el punto de vista clínico. Todavía en este caso el examen del esputo es negativo y el radiógrafo nos aconsejará una nueva radiografía para 3 meses más tarde debido a la existencia de ciertas sombras que señala la fluoroscopía.

¿Quiere esto por ventura decir que la cooperación del laboratorio o de la radiografía deja de ser necesario?

En manera alguna, lo que esto quiere decir para los profesionales bien preparados y que juzguen sin apasionamientos, ni prejuicios de ningún género, es, que la clínica es lo fundamental en cuestiones de diagnóstico, en la mayor parte de las veces, sobre todo en lo que se refiere a la enfermedad que nos ocupa; naturalmente que el clínico cuando se sienta contrariado ante las dificultades de un diagnóstico debe sumar, a los datos subjetivos, y los síntomas o signos que él se proporcionó al lado del enfermo, los que le da el laboratorio y el radiógrafo. En ocasiones es justamente el laboratorio o el radiógrafo el que resuelve las dudas que pueden entorpecer la labor del clínico. Estableciendo diagnósticos en los casos tempranos de la enfermedad y en los casos incipientes, es que podemos prestar un servicio definitivo, desde el punto de vista de una buena campaña contra la enfermedad, considerada como problema social y podemos dispensar al individuo enfermo una terapéutica salvadora. Hay una gran responsabilidad para el médico que precipitadamente registra un caso como negativo, y confiando en la negatividad del diagnóstico lo devuelve a su hogar, en donde lo esperan los besos de su esposa y las caricias de sus hijos; siendo realmente positivo el caso, un diagnóstico se hubiera establecido si en vez de ir de prisa se hubiera andado despacio; porque el error habrá hecho perder la

oportunidad de una terapéutica eficaz y la oportunidad también de una acción profiláctica para con sus familiares y la sociedad. El médico de un dispensario tuberculoso, las enfermeras y los pacientes, no deben nunca tener prisa, solo así cada uno cumplirá a conciencia sus deberes, haciendo eficaz la campaña contra la tuberculosis.

No quiero extenderme en más consideraciones y detalles sobre este aspecto de la cuestión porque hay otros asuntos que debo tratar y que creo son también de vital importancia.

Dejamos sentado, que el médico debe fijar en su mente, el deber en que está de excederse en los esfuerzos, para llegar a conclusiones de diagnóstico, utilizando todos los medios a su alcance, tales como clínica, laboratorio, radiografía, cutirreacción y prueba-intracutánea, etc.

* * *

¿Debe el facultativo hacer saber al enfermo la naturaleza de la enfermedad que padece?

Supongamos que sin necesidad de recurrir a los medios auxiliares hemos llegado a un diagnstico claro; no hay duda alguna sobre su realidad. Tenemos en frente una niña de 18 años o un joven de 20, o un esposo de pocos meses de casado o un hijo que es la esperanza de la familia, inteligente y bueno.

¿Qué conducta debemos seguir respecto a la información que vamos a dar al enfermo?

Por mi parte diré que en esta cuestión yo nunca tengo vacilaciones y que con mucha caridad en el corazón y con más discreción aún que caridad, caminando por el atajo o en línea recta, nunca dejo salir a mis enfermos de mi primera consulta sin hacerles saber su verdadera situación. En mi larga práctica profesional como médico general y en estos últimos dos años que me he dedicado al estudio de la plaga blanca, no he tenido que arrepentirme una sola vez de haber dicho a estos pobres enfermos la verdad y nada más que la verdad. Pudieran mis afirmaciones no tener un gran valor porque solo soy un estudiante en la materia que nos ocupa, pero he leido y he leido bastante desde que me orienté en esta ruta y casi todos los autores están contestes en que esta y no otra es la conducta a seguir cuando se trata de enfermos de esta naturaleza.

El Dr. Gordon Wilson, profesor de la Universidad de Maryland, en un panfleto que se titula "Cuestiones fundamentales en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar", empieza en estas palabras:—

> "El éxito en el tratamiento de la tuberculosis es debido casi enteramente al perfecto conocimiento que debe tener el médico de la enfermedad y de sus pacientes y a la cooperación de éste, teniendo fe en su médico y sabiendo lo que padece.
>
> "El médico pues, que quiere realizar una labor a conciencia frente a los enfermos tuberculosos, debe recordar en todo momento que él está tratando casi siempre una exacerbación aguda de una enfermedad crónica y que su deber no termina cuando ha dejado a sus enfermos libres de síntomas y restaurada su salud aparentemente a menos que ellos sepan que la enfermedad es crónica, que frecuentemente tiene largos períodos en que aún existiendo la misma, los síntomas están ausentes:—que el principio de una exacerbación suele ser acompañado de síntomas tan lijeros que pueden pasar desapercibidos, a

menos que se esté siempre en guardia. Que el enfermo del pulmón, más que de ninguna otra enfermedad, debe tener reservas de salud para cuando necesite usar de ellas y que aunque el enfermo se encuentre bien, debe saber, que su enfermedad ha sido solo detenida y está obligado a vivir una vida de acuerdo con su situación."

¿No es pues fundamental que el enfermo sepa, que enfermedad es la que padece?

No debe haber excepciones; de mi experiencia personal, puedo citar el caso de una joven de 20 años de edad, bien parecida, que viene a mi consulta en el dispensario de la calle de la Monserrate; la primera vez que la examiné era presa de una agitación nerviosa extraordinaria, su corazón latía más de 120 veces por minuto, sacudiendo todo su cuerpo; era un caso claro de tuberculosis pulmonar, moderadamente avanzado, con una pequeña caverna en el pulmón derecho. La enferma en el momento del exámen no tenía fiebre; tenía las manos heladas. Cuando yo retiré el estetoscopio de su pecho, gravitaba sobre mi yo espiritual la mirada inquisitiva de aquella enferma cuya mirada afronte serenamente.

Cinco minutos más tarde la enferma sabía que era tuberculosa; claro está, que solo le dije, que su caso era incipiente y curable y que si ella me ayudaba yo le aseguraba la curación. Un momento la retuve en mi oficina mientras examinaba a otra enferma en iguales condiciones que ella; poco después salían aquellas dos criaturas hermanadas en su infortunio, pero sin que en su semblante hubiera la menor sombra de tristeza, ambas enfermas concurren puntualmente a las consultas del dispensario todos los lunes y los viernes a recibir el tratamiento por la tuberculina y han mejorado tan notablemente que ambas han de ser objeto de estudios en el futuro para probar las excelencias del tratamiento seguido.

Voy a citar un caso del ilustre profesor, Gorden Wilson. Estas son sus palabras:—

"En uno de mis casos me ví obligado a no decir a una niña cual era la enfermedad que padecía debido a que la familia con toda insistencia me suplicaba la más absoluta reserva, porque la enferma se moriría de miedo, lo mismo que había sucedido a una sobrina suya el año anterior que murió de tuberculosis laringea. Después de un mes de tratamiento con muy poca mejoría conseguí que la familia me consintiera explicar a la enferma, que lo que ella tenía era una enfermedad tuberculosa, perfectamente curable. Yo jamás he visto un cambio tan maravilloso; la enferma concluyó por confesarme que desde el principio sospechaba acerca de su enfermedad y que se creía incurable, justamente porque ella había notado que yo tenía miedo de decírcelo; ella no sabía otra cosa acerca de su enfermedad que lo que había visto en el desgraciado caso de su sobrina y soñaba noche y día con la aparición de síntomas laringeos y a los que tenía mas miedo que a la muerte. La enferma mejoró y en la actualidad es un caso detenido y su estado de salud le permite una vida normal ganando un salario que ya para sí quisieran tener muchos hombres."

* * *

Sigamos con nuestro supuesto enfermo

J. Z. Cuándo el médico ha terminado su labor y el enfermo ya sabe lo que tiene, empieza el trabajo trascendental de la enfermera, ella debe instruir al enfermo como ha de toser en lo sucesivo, como y en donde debe escupir, entregándole un equipo que contiene escupidoros sanitarios, cuyo destino es el de ser quemados una vez que se ha hecho uso de ellos. El enfermo va a comenzar una nueva vida; al salir del consultorio dejará, en los sacos de papel de que hablamos al principio que están a la derecha de la silla que le correspondió al entrar, la toalla de papel con que cubrió su rostro, cuyos sacos de papel con la servilleta son quemados al terminar la consulta en el mismo dispensario por empleados bien adiestrados en esta labor.

Los pacientes que llevan una nueva orientación espiritual, aún aquellos infelices hijos de la miseria sin cultura alguna, saben ya lo que puede trasmitir a su esposa o a sus hijos y a sus familiares todos.

Las enfermeras siguen al domicilio a estos enfermos y en esta tarjeta que os presento están obligadas a consignar cuanto observan en la casa del enfermo. Ellas deben informar si estos pacientes han seguido todas las instrucciones, es decir, si en la vivienda hay limpieza y luz y aire; si se emplea debidamente el material higiénico sanitario que se le entregó en la consulta; si tienen la debida separación de los utensilios de comer, si han observado el reposo ordenado y también lo relativo a la ayuda material que se les dispensa a las familias pobres, a travez de las oficinas del servicio social.

Los enfermos vuelven periodicamente a los dispensarios o van al sanatorio o al hospital según sea el caso.

En nuestra estadísticas no hay ni puede haber falacia; para comprobar su veracidad, ahí están nuestros archivos, con todas las historias clínicas que atestiguarán en cualquier momento cuanto aquí digo.

Los sábados de cada semana los dedicamos casi exclusivamente a los niños. Puedo anotar aquí solamente el hecho, de que hay en Puerto Rico un pavoroso problema social, que está intocado y por lo tanto sin resolver, me refiero al número extraordinario de niños tuberculosos existentes en nuestras ciudades.

Con el título "El Niño y la Tuberculosis en Puerto Rico"—daré a fines de Enero en "El Ateneo" una conferencia, en la que me referiré en detalles a este asunto.

Hay la creencia prevalente pero equivocada de que el principal objetivo en toda campaña antituberculosa debe ser la creación de Sanatorios para el tratamiento de casos incipientes y moderadamente avanzados y de hospitales para los casos incurables. Tanto es así que inconscientemente asociamos en nuestros cerebros las palabras tuberculosis y sanatorio.

La mayoría de los que saben que la tuberculosis es una enfermedad curable estiman que esto es así a base de tratamiento en un sanatorio y como el testimonio de los maestros ha de tener más peso que cuanto yo pudiera decir veamos lo que dice el Dr. Hawes del Mass. Gen. Hosp. de Harvard University.

Dice así:—"Está siendo cada vez más evidente el hecho de que el tiempo que un paciente emplea en un sanatorio tuberculoso u hospital es en el mayor número de veces, solamente un factor en el tratamiento adecuado de su caso. Aun en aquellos en que el paciente muere, su problema no está resuelto, pues tenemos que ocuparnos de sus familiares y de sus hijos principalmente. Para que el tratamiento en el sanatorio sea efectivo y para que el tiempo, la energía y el dinero in-

vertido en estos enfermos no sean baldíos, tenemos que añadir a nuestro equipo para combatir a la tuberculosis un agente que tome el enfermo en las primeras curables etapas de la enfermedad, que lo ayude a llevar a la práctica los métodos necesarios para su futuro bienestar cuando abandona el sanatorio y finalmente que se ocupe y cuide de sus familiares mientras esté ausente del hogar. Este agente es el dispensario tuberculoso." El Dr. Hawes concluye con estas palabras:—"El tiempo ha llegado de que nos demos cuenta de que el dispensario tuberculoso es una parte esencialísima y necesaria en la campaña contra la tuberculosis".

Dice el gran Calmette:—"El dispensario es el instrumento esencial contra la tuberculosis. Su misión es localizar, atraer y guardar bajo su vigilancia a los más pobres, que están peculiarmente expuestos a una infección tuberculosa y a aquellos que ya están infectados" etc., etc.

Podríamos seguir citando definiciones de autores todos muy respetables, pero este trabajo se va haciendo muy largo y es mi deseo no molestaros demasiado.

Es con verdadero placer que quiero hacer constar en este momento que tanto el Dr. Rodríguez Pastor, que es quién tan acertadamente dirige, como jefe del servicio la campaña contra la tuberculosis, como el Dr. Martínez Rivera que comparte conmigo la labor diaria de los dispensarios y yo trabajamos en un ambiente de sólida confraternidad, luchamos unidos por la noble ambición de prestar el mejor servicio dentro de una orientación patriótica bien definida, y rebosante el alma de un vivo anhelo, el de hacer el mayor bien posible a nuestros enfermos. Nos comunicamos a diario nuestras impresiones, comentamos con gran caridad la conducta de ciertos elementos que hacen fila entre los hijos de Esculapio, que se dedican a la pobre e innoble tarea de desacreditar la labor de los dispensarios dentro de una línea de conducta muy censurable a todas luces. Por supuesto, nosotros no nos tomamos el trabajo de gastar mucho tiempo al considerar estos hechos y con toda caridad esperamos confiados en que ellos al confrontarse con su propia conciencia hagan un gesto, de reflexión y se dispongan a rectificar su manera de proceder.

Ojalá que los informes que hasta nosotros llegan en este sentido sean totalmente falsos.

En la distribución del trabajo hecha por el Dr. Rodriguez Pastor de acuerdo con el Dr. Martínez y conmigo no hemos olvidado la utilidad que en la práctica tiene en muchas ocasiones la utilización de todos los medios de diagnóstico.

Las reacciones cutáneas (von-Pirquit) las realizan nuestras enfermeras bajo nuestra supervisión. Las pruebas introcutáneas las hace el Dr. Martínez Rivera.

La técnica de ambas pruebas es perfectamente conocida por vosotros.

Yo soy un creyente de las virtudes de la tuberculina en el tratamiento de la tuberculosis. Mi convicción es hija de lo que ví en la clínica del Dr. Bonime, de New York, de lo que he leido posteriormente sobre la materia y de lo que he podido deducir de mi experiencia personal en los casos que he tratado con la tuberculina. Sentados estos antecedentes voy ahora a deciros que mis enfermos en el dispensario casi todos están sometidos al tratamiento por la tuberculina.

Como este trabajo se va haciendo un poco largo no quiero entrar en más detalles, pero deseo dejar clara mi posición en este asunto haciendo mías las siguientes palabras del profesor, Hayek, alemán, dice así:—

La gran variedad de preparados

antigiénicos no muestra fracasos ni impotencia, muestra solo la complejidad del problema.

Hay mucho incompleto y donde menos puede decirse que hemos llegado a la cumbre de la perfección es justamente en el tratamiento específico.

La tuberculina constituye un grupo de ataque en las dilatadas y enrevesadas líneas del frente tuberculoso, que en ocasiones es decisiva, del mismo modo que en la guerra lo es la acción de una clase de tropas que rompe las líneas oponentes y siembra la desmoralización en el enemigo.

En un estudio detenido de las alergias, y de las anergías positivas y de las anergias negativas y de las condiciones particulares de cada enfermo y sobre una cuidadosa observancia de las temperaturas fundamentamos el uso de la tuberculina en nuestros enfermos y hasta la hora presente no hemos tenido una sola contrariedad. Tal vez, si dentro de un año, ante esta misma ilustre asociación médica comparezcamos y estemos en condiciones de presentar historias clínicas concluyentes que nos hagan persistir en nuestras orientaciones del presente o nos hagan rectificarlas en vista de hechos contradictorios.

Pocas palabras más para terminar.

Nuestra campaña contra la tuberculosis tal como está organizada en la actualidad se empezó ayer puede decirse. En Enero 7 del año pasado nuestro Hon. Comisionado de Sanidad Insular que hace honor a la clase y a su país y a la confianza que en él depositó nuestro gobierno, sabiamente orientado inauguró el primer dispensario contra la tuberculosis en San Juan, desde esta fecha hasta el presente se han ido instalando dispensarios en las poblaciones siguientes; San Juan, Santurce, Caguas, Aguadilla, Mayagüez, Yauco, Juncos, Coamo, Guayama y Ponce.

En el primer año se asistieron en San Juan y Santurce 1812 enfermos. El número total de enfermos asistidos el primer año en todos los dispensarios fué de 6018. En la última sesión de la Asamblea Legislativa se asignó una cantidad de $75,000. El Dr. Ortiz había pedido $100,000.

Claramente se aprecia enseguida que tenemos que andar con gran tacto en la inversión de dinero, toda vez que la cantidad es exigua. Tenemos la esperanza de que en el porvenir las asignaciones sean más amplias. Esto ocurrirá cuando nuestros legisladores tengan conocimiento completo de la labor que estamos realizando. La cooperación de nuestra sociedad en la campaña contra la tuberculosis no puede ni debe limitarse a la acción oficial. Puesto que el mal ataca a todos sin distinción de edades, posiciones, localidades ni razas, a la sociedad sin distinción de ningún género toca ponerse de pié en una acción vigorosa, siquiera sea por un instinto de conservación y aunque de vez en cuando la caridad sea la que imponga sus determinaciones a las distintas entidades del todo social.

Recordemos que la campaña contra la plaga blanca se viene realizando en todos los paises civilizados del mundo; Inglaterra, Francia, Alemania, España y otros muchos en Europa; del lado de acá, Estados Unidos a la vanguardia, gastando enormes cantidades de dinero en dispensarios, sanatorios y hospitales, y trás ellos todas las repúblicas del nuevo continente que viven en paz, peleando bravamente contra la plaga blanca.

No deseo terminar este trabajo sin hacer una recomendación al gobierno y a to-

das las entidades que se preocupan del bienestar social en nuestro pueblo.

Hemos dicho antes de ahora, que la tuberculosis camina de mano de la pobreza por esos mundos de Dios. No habiendo como no hay sanatorios y hospitales en número suficiente, para nuestras necesidades, y no habiendo como no hay fondos en cantidad suficiente en las agencias del bienestar social, se impone la creación de los comedores en relación con los dispensarios.

En Madrid han sido de un resultado excelente, en Puerto Rico lo serían también. Solo así será eficaz el tratamiento de los enfermos pobres que vienen a nuestros dispensarios y no se perderá la labor de nuestras enfermeras en los domicilios de los pacientes pobres.

Doy las gracias a la Asamblea por la atención con que me ha escuchado y quedo a la disposición de la misma para contestar a cualquier observación o pregunta que desee hacerme alguno de los dignos compañeros que aquí están reunidos.

Diciembre de 1925.

Dr. V. Gutiérrez Ortiz.

THE COQUETTE

by R S. TALMEY, M. D.,
New York City.

The primitive actions and reactions of the two sexes in the rutting season are designated by the term courting in the male and coquetry in the female. This instinctive coquetry, or female courting, is one of the widely spread traits of the eternal feminine among most of the higher animals. If every effect has its cause, coquetry, as an event, must fit in the system of cause and effect. This female trait must have its meaning. Animals act in such a manner as to bring about a particular result in the future. The biological end can be seen in the features of all animal behavior. There is unity of causality in nature. The root of the tree shows adaptability. Its progress is directed towards an end which has a prime survival value for the whole tree. Cosmic teleology is still a mooted question. But on our planet, the law of causality is the moving principle. All instintive impulses have an immediate conscious goal and an unconscious natural end. The conscious goal of the conative activity caused by hunger, *e. g.,* is the meal, the natural unconscious end is metabolism. Coquetry as an instinctive impulse shows a conscious goal, congress, and leads to a natural unconscious end, propagation. Hence it cannot be a pathologic neurotic phenomenon, based upon infantile complexes, as interpreted by a disciple of the new psychology. (Imago, XI, Heft.)

The analyst is not content with the analysis of the behavior of the psychopathic sufferer, he aims higher. He tries to analyze the psyche itself. But what is the "Psyche"? The "how" of the mind's connection with the body is still an enigma. It is beyond the present bounds of philosophic speculation. The psyche is as little known as the ultimate cause, and we are driven to the conclusion that the psyche cannot be analyzed. Analysis means the separation of the whole into its constituent factors. The nature of an analysis is premised that the whole is known Psychoanalysis involves the preposition of the possession of a coherent view of the psyche itself. It invites a definition of what the psyche is. But the nature of the psyche cannot even be imagined. How then can it possibly be analyzed? We know not whether there is not a complete identity between mind and mater. We know not the essence of the psyche, we only know its manifestations. Nobody knows the essence of his own soul, how then can even the subtlest analyst depict the souls of others? Psychoanalysis is thus a misnomer. Just as Christian Science slush is neither Christian nor Science, so is psychoanalysis neither an analysis nor of the psyche. The psyche is unanalyzable. At its best psychoanalysis is only an analysis of human behavior, of man's impulses. The analyst doest not analyze a given entity, a known compound, he only tries to trace the unknown antecedents which are supposed to stand in causal relations to known consequences. But the unknown psyche contents cannot be proven except by dogmatic assertions, unproven deceptive statements, and arbitrary interpretations. Hence the many vagaries of the analytical school, which reduces every manifes-

tation of life, every thought and every impulse to one single infantile urge, to the protean nature of the erotic libido.

The entire structure of the new psychology, based on sex and its repression is out of all semblance of reality. The sound psychology of the unconscious does not know of the analyst's vagaries, of the unintelligible coined words which only serve as a subterfuge to cloud the facts. The former psychology of the unconscious of a Semon or of a Hartmann does not take stock in the fabulations of hysterics, the virtuosi in the domain of phantastic storytelling. The psychology of the unconscious is not new. Richard Semon long ago taught of "engrams" remaining in a latent condition until ecphorized, or made active, by a mental impulse going thru it. Naturally during the latent condition, the engram is below the threshold of consciousness. The philosopher von Hartmann, long ago, even proclaimed the doctrine of "ratiocination."

The main feature of Freud's Psychology of the Unconscious which can lay claim to novelty is the róle he ascribes to the voluntary repression of experiences which are liable to cause conflicts in the individual. This doctrine of the complex to escape a conflict is Freud's most significant contribution to modern psychology which deserves to rank him among the leading psychologists of our age, in spite of the vagaries of his disciples. Pleasant engrams are forgotten, but easily recallable to memory bý the association of ideas. But painful engrams are intentionally repressed and cannot be recalled, excepts in sleep, hypnosis, or by the technic of free association, devised by Freud. The repressed engrams form nuclei around which cluster emotionally-toned affects of a similar feeling tone. These clusters, or complexes, in the struggle between the impulse and repression have decided effects upon the behavior and character of the individual and influence his daily life. Naturally most of the repressed affects are rooted in the domain of sex which society has surrounded by innumerable tabooes.

Now, it has happened to Freud, just as it had happened to the philosophy of Epicurus, which in the hands of his followers degenerated into an orgy of all kinds of sensuous gratifications and into general debauchery. In the same way Freud's psychology in the hands of his disciples degenerated into an orgy of sex. Where originally Freud only hinted at sex, it became in the hands of his followers the main theme. To them sex is considered the alpha and omega of life. But here the comparison ends. While Epicurus remained himself throut his life, the sad spectacle is exhibited to our view where the master himself has been infected by the ravings of his pupils. His doctrine of infantile sexuality, once launched, he was swept by the current of his supporters. As things stand now, man's problems in Freud's eyes consist in nothing else but in the gain of complete sexual freedom. Erotic satisfaction is the only aim in life. The sign of the super-man is his power to gain sexual satisfaction inconsiderate of the feelings of the group. Most of the votaries of the new psychology know only one aim in life—the strivings after sensual gratification. With quite a few of these votaries the symptoms they find in their patients are nothing but projections, existing in themselves.

Especially the doctrine of infantile eroticism seems to be only a proyection into an object which exists in one's self. One does not necessarily need to be a Freudian to know that the average

normal child's first love-object, the reverentail love (the Greek *Apage*, not the sexual love, *Eros*), is his parent. From the parent the child transfers his ideal to his teacher, from the teacher to some hero, even if it be a movie hero, or baseball hero, and from his hero to his God. But it requires a dyed-in-the-wool Freudian to promulgate the doctrine that a child of one to three years of age is actually struggling with the solution of the difficult equation, penis=feces, column=nipple (*Intern. Jour. of Psychoanalysis*, October, 1925, p. 405). Only the eccentricity of an analyst could claim that the observed effects in the case of an infant of less than one year old, while witnessing parental intercourse, were illuminating. (*British Jour. of Med. Psycho.*, Vol. V., Part III, 1925, p. 187, footnote.) It is not stated who observed the illuminating effects upon the infant, the parents while in congress, or some invited guest, or some eavesdropper. Upon such claims and observations, or rather interpretations, for the analyst does not observe, he only interprets what the psychopath is pleased to tell him, is the new psychology built up. The alleged proofs and investigations of the analyst are only self deceptions. The analyst is naturally consulted by patients suffering from social mal-adaptations. These defectives are notorious by the plantastic traits in their character. They are highly suggestible, and the analyst himself unconsciously and inadvertently gives them the desired suggestions. One needs only to read the master's own analysis of a four-year old boy to see that almost every assertion of the child is enticed by a masked suggestion, or as the lawyer would say by a leading question. The analyst's office is hence no laboratory for the scientific proof of a revival of infantile memories. The revival may only be faked. The infantile amneis may have never been removed; there never having existed any memories. All the data about infantile erotic reactions are unworthy of serious consideration.

Still to such infantile strivings does the analyst attribute the phenomenon of coquetry. Normal instinctive coquetry is an archaic inheritance in man. It is widely spread among the females of most of the higher animals and it is an event which fits in the system of cause and effect. Coquetry or the impulse to attract and repulse shows purpose. The behavior is consciously directed toward an immediate goal and a remote unconscious end. The purpose of coquetry aims at the attraction of a potential mate for coitional activity, the ultimate end is propagation. There is no knowledge of the relation between the means employed and the ends attained. Coquetry may thus be considered a mere reflex. At the approach of a potential mate the female animal responds with certain coquettish activities, with the paly of giving and refusing, of granting and denying, of attracting and repulsing. The doe flees from the infatuated buck, but she flees in a circle. She never lets him get out of the field of her erotic influence. When the sparrow goes awooing, the female jumps away, and he jumps after her. These antics are repeated time and again. Then she flys away to some distant tree and waits for him to follow her. If he does not, she returns to tease him again, till she fires his desires to a frenzy.

The female of the species is possessed of two antagonistic impulses, the sex impulse and innate coyness, hence the play of seeking and escaping, the two constituents of female coquetry. The biological significance of female coyness is

the awakening of desire. At the same time it serves to make the discharge of the impulse somehow difficult.

Naturally every normal human female shows the same antagonism of the two impulses, desire and shyness, affirmation and negation. When the young adolescent girl palys with the emotions of her victim she is neither sadist nor hypocrite. She simply follows the dictates of nature, unconsciously trying to beget a powerful emotion in him and to bewith him with her feminine charms. There is nothing mysterious or occult in her behavior. Thru the separation of the sexes, nature created an impediment which can only be overcome by an immense expenditure of nervous force with the complicated mechanical apparatus, and coquetry serves to call out this increased nervous force by rendering the discharge of the erotic impulse more difficult.

The difficulties in the erotic discharge are placed in the interest of the preservation of the species. They are already met with in the higher plant in its horror against the easier self-fertilization. This law of bipolarity, of attraction and repulsion, this struggle between erotic desire and natural coyness is a biological necessity. The simple erotic chemotropismus would not suffice to awaken a strong desire in the strong-willed man. Hence even the fine chaste and wellbred girl unconsciously resorts to some kind of coquesttish play. This natural charming play of tempting, teasing, revealing, exhibiting and hiding is not what is meant by coquetry with its reprehensible connotation. Even excessive desire to please is not yet reprehensible coquetry. A woman may exert all means to please, such as clothes, perfumes, flirtation, dancing and vivacity because all these things weigh heavily with most men, still she is not the real reprehensible coquette. It is natural even for the girl who has preserved chaste and unsullied the gentle ideals of pure womanhoad to try to charm and attract the man she is interested in and whom she would eventually accept as a love object. Her conscious aim is to gain a love object, the unconscious natural end being propagation.

In its conscious purposes, reprehensible coquetry resembles normal female courting. Coquetry's aim and goal is also the attraction of the male, but the unconscious end is not propagation. Reprehensible coquetry does not strive for an erotic end, and in this negation consists its reprehensibleness. It diverts a normal impulse from its natural end to attain another object. The coquette uses her sexual allurements for non-sexual ends. Hence she is more disgusting than the Don Juan whose aim at least runs toward natural channels. She excites similar aversion as homosexuality. The coquette is not looking upon the man she is trying to allure as a suitable love object. She does not desire his love to satisfy her natural erotic hunger. Hence the personal value of the man she coos seductively to charm is of little importance to her. She does not select him as a love object. Therefore she is not fastidious in the shoice of her victims. She tries to entrap any man to satisfy three emotions—her curiosity about her attractivenss, her vanity, and her cruelty.

The coquette tries to prove her erotic attractive power by the infatuation of her victim. She has no love for the object of her wiles. She concentrates her libido upon herself. She wants to please. She wishes to feel that she is desirable. She wishes to be desired not to desire. The infatuation of the man proves the charm of her person. She finds a secret

delight in the knowledge that she is wanted. Hence she is ever on the hunt to excite the man's desire for her, to make all men her slaves, to have a string of males in her train. She has no interest in the love of her victim. She thus betrays the mental and emotional equipment of the houri, who also invites virile aggression for quite another end than the satisfaction of her erotic desires. She plays the game of the odalisque in the setting of the stage for conquests. But she never risks even the preliminaries of love's rites. She always manages to have something to interfere in the last moment and to escape a risky situation.

Thus she acts somewhat like the demivierge who also manages to stop short at the hymenal portals. But the demivierge selects her object not only to be loved but to love. For her being loved without loving is quite a boring situation. But for the baricade of her barathrum, the demivierge has an erotic interest in the man with whom she plays love's preludes. The demivierge has even an exaggerated need for sensuous satisfaction. The coquete, on the other hand, has no such desires. Her only wish is to attract attention and to play a distinguished rôle. She likes to bask in an atmosphere of erotic admiration.

The coquette pursues the man out of self-love, not out of a longing for love or affection. Her aggressive aspiration is to dominate him and to subject him to her will. The subordination may reach the degree of sadistic torture. The man's abject subjugation satisfies her cruelty complex and affords her thrills of delight. To please and attract men she makes use of costumes, cosmetics, perfumes, powders, and fards. To charm the over-sexed men of today, who lose their heads before a painted face and a pair of silk stockings, she paints and powders herself and walks around demi-nude even in the bitter winter months. The painted woman reminds the erotic weakling of the meretrix who first initiated him into the mysteries of Venus vulgivaga. Hence he is erotically stimulated by the painted dressed-up doll. Therefore, the coquette paints and dresses to look exactly like the female vantage, the most attractive parts of her body, e. c., crossing her shapely legs, be- of loose morals.

Like her loose sister, she displays, in the most artful manner to her best ad- cause these parts of the female anatomy have a particular libidinal effect upon the male. The coquette makes use of all means at her disposal to conquer her victim and keep him enthralled in her train. She herself has not the slightest inclination towards him. He is psychically and physically indifferent to her. Hence she delights in a large collection of adorers. She derives satisfaction from the contrast of her own coldness and the man's blazing desire. Her great pleasure emanates from the man's humiliation. While the normal woman hates the spectable of a man making a fool of himself, the coquette has a strong desire to triumph over him and a ghoulish pleasure to humiliate him.

Besides making the man a means to test on him the power of her charms and the desire to subject him to her own will, the pronounced coquette is suffering from an exaggerated craving to satisfy her vanity. She yearns to shine before her sisters and before herself. She craves the admiration and envy of her sisters, and the more admirers she has in her train the greater the awakening of envy in other women and the greater the jealousy she is arousing in them. The coquette is really suffering from an inferiority complex, and her defense reac-

tion consists in seeking the inflation of her ego and in working for her aggrandizement. By making the unhappy victims of her wiles aware of her mastery over them, she casts a great deal of glamor over her otherwise dull existence and thus satisfies her need for self-esteem and self-affirmation.

The coquette hails, as a rule, from an unhappy home. But for her coquettish activities, she would lead a drab, utterly insufficient dull life. In shining to the despair and envy of her female friends, she gets great satisfaction from her labors. But her satisfaction is not erotically hedonistic, as one may get out from women, wine, and song. The pleasurable feeling-tone is of a different kind entirely. It is rather a dramatic satisfaction the little girl of five gets when doning her new hat or frock. Erotic satisfaction is, as a rule, entirely excluded in the behavior of the coquette. Her satisfaction is akin to the pleasure one derives when the opportunity is given to show off. The coquette seeks to escape from the meanness of everyday existence; and she really does. For in her own notion, she leads a heroic life, and she admires herself, and that is after all what matters. What the world thinks of her is of little concern to her.

Coquetry is thus governed by three impulses—the longing to test her attractiveness, the eagerness to subjugate the male, and the craving to arouse envy in other women. The satisfaction of these three impulses has an hedonic basis, but not of an erotic nature. Hence the coquette differs from normal courting which makes advances for its own sake, for the soothing effect it has upon the affect-hungry soul even of the best and chastest of girls.

Normal coquetry, in its play and change, of attraction and rejection, reverberates with phylatic memories, lying deep below the level of consciousness, to heighten the desire and efficiency of the male. The female principle in nature offers certain obstacles to insemination. The perfect flower does not admit her own pollen to enter her own stigma. The flower possesses an organic repugnance against the germs of relationship. She rather coquets with the butterfly, showing off with her multicolor petals, and offering the insect her sweetest nectar as a reward for bringing her the pollen of some other flower of her own species. The doe plays with the infatuated buck, the sparrow with her love-hungry mate. What wonder that even the fine, chaste, and well-bred girl in obedience to the love-affiming impulses plays hide and seek with the object of her choice.

There is, therefore, nothing mysterious in the coquettish activities of the coy, bashful, modest, reserved, and retiring girl. Neither is there anything mysterious in pathologic coquetry which makes use of phylatic means attract men for non-erotic purposes. There is no need to resort to mysterious, cabalistic, grotesque, fanciful, bizarre, and far-fetched ideas to account for coquetry. There is no need for gratuitous hypothesis, no need to turn and twist the simple interpretations of phylogenetic manifestations, due to the age-long experiences of the race.

But for the analyst, just as for the fundamentalist, man has a position quite apart from any other living creature. He has not envolved, thus preserving many traits of his animal ancestors, but he has been created by a creation set apart for his own benefit. Man's intra-uterine and infantile life does not represent the recapitulation of his phylogenetic evolution

as taught by the biogenetic law. (Talmey, *Western Med. Times*, November, 1925.) In the eyes of the analyst the human infant is the most peculiar creature in the animal kingdom. His entire life is centered in anus and phallus. Naturally all sensations connected with the activities of the animal body, such as kicking, stretching, sucking, and even crying are pleasurable to the child. Sucking, micturition, and defecation carry peculiar pleasures. Still sucking is not lip-erotism nor is defecation coprophila. But with the analyst the infant is a perfect monstrosity. It is not only polymorph perverse but it is a universal criminal. It is one might, rhythmic, throbbing creature of sex. No animal before puberty is occupied with sexual pursuits. The animal, up to puberty, isn't excitable by adequate simulation. The preadolescent male is in no way excited by females in heat. But not so the human child according to the analyst. Every infant is nothing but sex. It is suffering from narcism, incest desires, exhibitionism, homosexuality, coprophilia; it feels hatred for the parent of its own sex and jealousy of the other. It harbors inclinations for rape, for arson, for murder of one of the parents to find erotic satisfaction in the arms of the surviving one. The infant's phantasies consist in the wish of sucking at the paternal phallus. The incest wish of the little girl, not yet four years old, is to have a child from her father. At the same time she is wishing to play the male role by identifying herself with the father. The child is suffering from the OEdipus complex, the inferiority complex, and from the castration complex. The little girl is possessed of phallus-envy which continually cries within her subconcious self, "I want a phallus"; the boy, inflated with pride and joy in his possession of a phallus, is in constant fear of its loss, thus suffering from the male castration complex. The infant is suffering from the trauma of birth, and its constant desire is to return to its fetal state and to enjoy its intra-uterine libido, as it was priviledged to do when in its mother's womb, because forsooth the intelligence centers of a fetus from six and half months to full term are receptive to pychic impressions which must have a strong pleasure tone. (*Inter. Jour. für Psychoanalysis,* 1924, Band, X, p. 134.)

The mother in labor pains is only simulating pains. In reality, during her experiences at childbirth, she is celebrating an orgy of masochistic lust. The boy identifies himself with the mother and, out of fear of the father, he offers himself as a sex object to the father to replace the mother. At the same time he is a rival of the father whom he would like to remove and replace. The infant of course has its own sexual theories. Fertilization is effected by a gaseous process. The child is battling constantly with the task of unravelling life's erotic mysteries. The child's games only veil and mask its true genital thoughts. All these theories, desires, wishes, and strivings, read into the psyche of a child not yet four years of age, the analyst claims, govern the entire life of the adult. Naturally coquetry owes its genesis to infantile strivings

The coquette, therefore, suffers from narcism. To be able to please one must first please himself, says the analyst. Hence a certain infatuation with herself is characteristic of the coquette. (Weininger says, it is characteristic of every woman. *Sex and Character,* p. 201.) For the analyst, narcism is a necessary condition. The coquette plays by revealing and hiding, consequently she suffers from an exaggerated infantile exhibitionism.

Now, in true narcism the patient experiences orgastic libido while admiring his body, otherwise narcism is nothing else but egoism. But the coquette doesn't derive any orgastic libido in the admiration of her own body. She is seeking the admiration of the man. Neither is she suffering from infantile exhibitionism, because such an animal as infantile exhibitionism dose not exist. Exhibitionism mut be differentiated from nudism. Exhibitionism i sthe desire to be seen and has a sexual aim. But the child does not care whether it is seen or not. It likes to walk around nude even when alone. In its sleep it kicks off the coverlet, because nudism is a stronglytoned desire in children. Nudism is the desire to have the air play upon the naked body and is asexual. Neither has the exhibitionism of the coquette any sexual aim. She wishes to be seen. She is highly concerned that the string of her adorers should admire her exhibited charms. But the pleasurable feeling tone is different from the sexual pleasure of the exhibitionist.

The coquette, says the analyst, identifies helself with the mother with a hostile attitude towards the father. But at the same time she is suffering from the Electra-complex which is a contrary emotion from the hostile relation to the father. This antagonism of the two emotions should show the fallacy of the doctrine. Not so in the eye of the analyst. For him it only betrays the ambivalency of her character. The analyst is never at a loss of findin a high-sounding word when embarrassed by such a trifle as the contradiction between two antagonistic emotions. The cloak of words covers every contradiction. The castration complex creates in the coquette the aggressive aspiration to dominate the man and to subject him to her will. It produces in her an inordinate itch for power over him, while the Oedipus complex ought to lead her to assume the attitude of humiliation and to awaken in her the desire to be possessed by the father—imago. Here the learned word ambivalence between the strong desire to triumph over men and to be humiliated by them sets in the right moment. *Denn wo Begriffe fehlen, stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein.* It is characteristic of the analyst to surround himself with words and phrases which have a euphonious sound but little or no meaning.

Ambivalence is also responsible for another contradiction. The castration complex is supposed to create in the coquette her hostile attitude to the man. She desires to attract and conquer him in order to reject and repulse him as a punishment for her castration. She wishes to observe with ghoulish pleasure the growing erotic excitement of her victim. In his struggle and in the sight of the excited infatuated and unsatisfied dupe she finds her satisfaction for her castration. But according to the analyst's doctrine, the female suffering from the castration complex, and all women do more or less, is supposed to identify the wilted *membrum post coitum* as a kind of a castration and to consider it as a revenge for her own castration. Hence the coquette ought to offer him free access to the door with the two flaps. By enveloping his entire body in unknown deadly, rhythmic erotic sweetness, she should vampire-like exhaust him into a veritable impotence of body and soul, effecting a real castration in him whom she has entangled into her meshes. Here again enters ambivalence and saves her in her dilemma. Her hostile attitude against the man makes her wish his erotic ruin and his castration by erotic union. Still

she lets him go so far and no further. The coquette, as a rule, really leads the life of a nuc. Only externally she lives the life of a mondaine. All these contradictions are explanined by the oracular word of learned length and thundering sound ambivalence.

The truth is that coquetry has no hostile attitude towards men and does not wish their ruin She wishes to play with them. In the first place everything that goes under the name of coquetry is not coquety in the strict meaning of the term. Even excessive desire to please is not coquetry in the strict meaning of the to please, still she is not a real coquette. Simple every-day sex attraction may veil itself under dress-charm, wit, shyness, or plain biological courting. The real coquette encourages the man in order to test her attractiveness, to satisfy her cruelty, and to flatter her vanity. She is not bound upon erotic adventures as the demivierge who dismisses with scorn strict propriety, chastity, and purity to find erotic ecstasy in love's preludes. Marcel Prevost's demivierge Maud is highly sexed and traverses with her lover the whole via voluptatis to obtain relief from her emotional tension. She indulges freely in all erotic preludes and only shuns love's finale. The demivierge is life-hungry and love-greedy and immoral as her sister the cocotte who does not put any barriers before her vaginal portals.

Not so the coquette who is not seldom anesthetic and does not choose her voluptuous ways for the sake of easing her erotic promptings. Her actions are reprehensible for that very reason that her adventures are not undertaken to enjoy the natural overtones of hedonism in the love life of every normal individual but are prompted by cravings not connected with love at all or only indirectly connected with it.

Normal coquetry is a part of the love-life of every individual. Normal coquetry has an erotic interest in the love objects; and where free choice is possible, it is fastidious in its selection. Even the demivierge and the cocotte are squamish in the choice of their partners. But the coquette has no erotic interest in her victim. Her desire is the satisfaction of her curiosity, cruelty, and vanity for which any male is a suitable object, the ice man, milk man, the butcher or the grocer. She will smile and flirt with all of them and awaken in them the hope of conquest.

The coquette, therefore, differs from the normal coquetting female of the species not in degree but in kind. Normal coquetry belongs to the domain of the sexual, and the sexual consists of a group of impulses whose concious goal is erotic union and whose natural end is propagation. Coquetry on the other hand, aims at psychologic satisfaction of non-sexual strivings. Its goal is mental pleasure or the raising of the individual above the usual emotional plane.

Reproducido del Am. Medicine



UN NUEVO PREPARADO DE CALCIO

Indicado Principalmente en el Tratamiento de la Tuberculosis.

Los encomios que muchos clínicos hacen de la calcio-terapia, por sus definitivos resultados beneficiosos en los casos de tuberculosis, cuidadosamente seleccionados, merecen la consideración de la profesión médica; aunque no es posible explicar la exposición razonada de tal procedimiento.

Las inyecciones intravenosas de soluciones de calcio se han empleado recientemente en la tuberculosis intestinal para atajar el curso de la enfermedad y para detener la diarrea (D. Mandl; Saxtroph); en la tuberculosis pulmonar (Beasley); y en la hemoptisis (Newmann). Sin embargo, su campo de utilidad ha sido limitado, debido a que el método intravenoso encierra ciertas desventajas.

Los Dres. Van Scoyoc y Wehrbein, de Salt Lake City, Utah, emprendieron sus experimentos con el propósito de vencer algunas de las dificultades que en el pasado habían interrumpido el extenso empleo intravenoso de los productos del calcio. Estos investigadores demostraron que la combinación apropiada del calcio con ciertos productos de la descomposición de las moléculas de la glucosa, producía un compuesto que era menos tóxico y menos irritante a los animales que una cantidad similar de cloruro de calcio. Este compuesto debidamente equilibrado, ha sido denominado Gluco-Calcium.

El Gluco-Calcium se ha usado con gran éxito en la tuberculosis pulmonar, en el tratamiento de las lesiones cicatrizadas de la tuberculosis de los huesos y las coyunturas, y en la tuberculosis intestinal y peritoneal sin complicaciones. Como es natural, hay algunos casos en que no se recibe beneficio; pues al igual que con otras enfermedades o tratamientos, deberán escogerse los casos donde el producto esté indicado. Además de su empleo en la tuberculosis, el Gluco-Calcium puede usarse dondequiera que el calcio esté indicado para administración intravenosa; como en el asma, la tetania y la urticaria.

Cada 30 cc. del Gluco-Calcio contiene el equivalente en calcio de 1 Gmo. de hidróxido de calcio, ó 2 Gmo. de cloruro de calcio, F.E.U.

Como dosis inicial, inyéctense 10 cc. Si esta dosis es bien tolerada, auméntese la dosis a 20 cc. y en la inyección tercera a 30 cc., la que viene a constituir la dosis media para un adulto. Las dosis son repetidas a intervalos de dos a tres días, hasta que se hayan administrado doce inyecciones.



PUBLIC HEALTH SERVICE ANNOUNCES A NEW PUBLICATION.

The United States Public Health Service announces the issuance of a publication known as the "Venereal Disease Manual for Social and Corrective Agencies".

There is much evidence which emphasizes the lationship between venereal diseases and feeblemindedness, insanity, dependency, delinquency crime and other conditions affecting the social structure. Study and investigation has shown the need on the part of social workers, probation officers and others for authentic information on the venereal diseases and their concomitants which so deeply affect society. It was to meet this definite need that the publication was prepared.

In addition to giving fundamental information on the medical aspects of the venereal diseases, their relief and prevention, the manual deals with socio-economic conditions and has chapters on the following: The Venereal Diseases and the Community; Sex Education; Legal Aspects of Venereal Disease Control; Sex Morality and the Law; Juvenile Delinquency; Aids in Conditioning Behavior, etc.

The book is designed for use by the following groups: Courts and Probation Officers, Social Workers, Nurses, Visiting Teachers, Jailers and Wardens, Policemen and Policewomen, Superintendents and Matrons of Homes for the Dependent, Delinquent and Defective Classes.

EXCLUSION INTESTINAL

La batalla del muy conservador vs. poco conservador, siempre existirá.

Tal parecía que Oschner tenía razón; pero sus puntos de vista eran exagerados.

¿Qué hacer con el enfermo en el cual su peritonitis está ya generalizada, el caso claro y la resistencia baja?

Ayudar a su naturaleza a seguir el camino iniciado... descanso (morfina), lavados de estómago, líquidos, posición, limitación de la absorción. Esto está muy bien, pero a veces, la duda de lo que hay dentro!...

Pues bien, el caso es agudo; el tratamiento a seguir no es dudoso; la intervención se impone y vamos a operar.

¿Qué habrá "con certeza" en la *caja de sorpresas?*

Ya se verá. El buen criterio nos dirá qué hacer. Pues hacer lo que mejor conviene al enfermo... conservar su vida, asegurar su bienestar futuro; he ahí las indicaciones.

La exclusión intestinal tiende casi siempre a lo primero, a conservar la vida. Bien puede esta exclusión ser temporal o bien puede su selección ser definitiva.

Podría aceptarse la eliminación funcional del intestino intermedio o bien podría verse obligado a desechar todo lo que no fuera un procedimiento urgente y seguro (me refiero al ano artificial o contra natura) y es esta urgencia del caso y esta seguridad de procedimiento que hace al ano contra natura una senda salvadora.

La obstrucción intestinal, el derrame inminente del contenido en el vientre han cesado; partes mortificadas pueden ser expuestas, resecadas rápidamente, acumulaciones sépticas drenadas, etc. Dadle oportunidad al enfermo que mejore; que su condición permita que seamos radicales en nuestros principios. Ser conservador a tiempo es ser cirujano oportuno.

Los casos a que vamos a hacer mención lacónicamente hacen resaltar nuestras ideas de estos conceptos.

No.I. Un joven de 18 años:—Empezó hace 15 días con síntomas clásicos de una apendicitis aguda. Nos fué enviado por un colega con el diagnóstico de abceso apendicular. El contage de sangre, la masa, fiebre, el historial así lo indicaba.

El enfermo había empezado a vomitar nuevamente en la mañana de este día. Tratamos de drenarlo por un Mc. Burney, pero no nos fué posible, siempre había intestino delgado entre la pared y la masa. Nos explicamos los nuevos vómitos del enfermo; había obstrucción.

Desechamos la Mc. Burney y fuimos a una exploración media. Al explorar la masa, el intestino perforó fácilmente; el abceso rompió de entre aquel mundo de intestino y el enfermo empeoraba rápidamente.

Seleccionamos la parte más baja del intestino que entraba en la masa amputándola, resecamos la masa (parte inferior del íleo, como 8 pies) poniendo amplios drenajes y anclando el extremo superior a la pared en forma de ano artificial.

El enfermo levantó. Agua le era dada por enemas hasta que volvió a operarse 2 meses después. (Anastomosis lateral del íleo a la primera porción del colón tranverso.)

No. II. Una mujer de más de 40 años, multipara, negra, nos fué traída, presentaba las características de una peritonitis pélvica, con una masa grande del bajo

vientre.

A examen bi-manual se notaba fluctuación al través de la pared posterior de la vagina. Tenía una fístula grande y alta en la vagina (recto vaginal). La condición general de la enferma era muy triste.

Con anestesia local le hicimos una colpotomía posterior evacuando una gran cantidad de pus.

La enferma mejoró rápidamente; el pus por la incisión y el excremento por la fístula, afluían a la vagina en grandes cantidades.

Dos semanas después de la colpotomía, le hicimos una colostomía izquierda (ano artificial temporal).

El excremento y el pus cesaron rápidamente de afluir a la vagina.

La mujes había mejorado admirablemente y días (20) después le hicimos una reparación de la fístula cerrando ésta perfectamente bien.

El ano temporal fué corregido y la mujer dada de alta en buenas condiciones cerca de 4 meses después de su ingreso.

No. III. Una joven casada, con peritonitis pélvica, empeoraba rápidamente.

Evacuaba pus en gran cantidad por el recto: Laparotomía: peritonitis pélvica supurada: trompa izquierda adherida y perforada al recto, la vejiga estaba adherida y al separarla se perforó.

Las trompas se le extirparon, drenando la cavidad pélvica; perforaciones reparadas, no muy satisfactoriamente; drenajes amplios; colostomia izquierda (Gibson's) temporal; sonda permanente en la vejiga.

Enferma convaleció rápidamente.

TETANOS

"El tétano: Su frecuencia y tratamiento."

Es el título de un trabajo presentado por el Dr. Wainwright a la Asociación de Cirujanos Industriales de los Estados Unidos.

El objeto del Doctor es determinar, primero: La amenaza que es el tétanos a los obreros industriales; segundo: Que sería conveniente establecer un método más sistemático para el uso del suero; y tercero: Si el tratamiento que es actualmente tan poco satisfactorio podría mejorarse.

A interrogatorio enviado por el Cirujano a que hacemos referencia, contestaron quinientos ochenticuatro (584) Cirujanos. Se presume que éstos tuvieron millones de heridos bajo su atención, sin embargo, solamente reportaron doscientos cincuenta (250) casos de tétanos.

Recoge además, de la literatura, setecientos sesenta (760) casos del cual él encuentra que 80% de los casos vienen de fuentes casi inevitable como accidentes en la calle, jardines, establos, fincas rurales, etc. Ocurriendo solamente un 20% dentro de aquellas circunstancias que están dentro del alcance del médico.

Las industrias de fundiciones, ferrocarriles, minas y otras, son ámpliamente consideradas. Llegando a la conclusión que el tétanos después de todo es poco frecuente en estos accidentes industriales.

Aparece de las respuestas dada por quinientos ochenticuatro (584) Cirujanos Industriales que el 14% solamente usa el suero antitetánico como profiláctico en casi todos sus casos. Indiscutiblemente éstos han tenido una amarga experiencia que los ha seducido a esta determinación. Es raro notar que el Cirujano General es más dado a este tratamiento profiláctico rutinario que aquél que sigue la cirugía industrial o accidentes del trabajo. Los Ciruanos del Sud de los Estados Unidos son más dados a la profilaxia en este sentido que los del Norte.

El carácter y la naturaleza de la herida indudablemente juega un papel muy importante. Heridas punzantes especialmente aquéllas producidas por clavos mohosos, ocupan el primer puesto. Todavía muchos Cirujanos dicen que no temen ni a estas heridas cuando el tratamiento recibido es pronto y adecuado; considerando que el tratamiento rutinario del suero es decididamente innecesario.

Opina el Dr. Wainwright que en las heridas punzantes, a excepción de aquéllas ocurridas en los corrales y establos, no se encuentra el bacilo del tétanos en el objeto punzante que produce la herida como los clavos mohosos, sino que se encuentran estos bacilos en la piel, en el zapato, en la media; siendo empujados dentro del cuerpo al herirse o posiblemente contaminados por la falta de curación apropiada. De manera que, si una herida punzante se atiende pronta y eficiente, el suero profiláctico no es necesario a no ser que, evidentemente haya contaminación del sucio de la calle, del suelo, del jardín o de algún establo o corral. Desgraciadamente en otra clase de herida como las laceradas, quemaduras, fracturas compuestas, magullamientos, no se puede decir con certezaq ue haya o no contaminación.

Se ha observado que el tétanos es más frecuente en el verano que en el invierno y que es más común en el Sud que en el Norte.

Uno de los aspectos más desgraciados

de la cuestión del tétanos es su posible aparición cuando menos se espera, así temente el suero profiláctico no es necesave, una ampolla, una rascadura, una hincada de una aguja o una inyección hipodérmica, puede conducir la enfermedad. El tétanos que sigue a la vacuna es probado que se debe a la contaminación posterior al acto de vacunar. Parece ser éste también el caso en las quemaduras. La aguja hipodérmica, especialmente en los additos, es un medio importante de trasmisión. Un gran número de casos han sido reportados en India, siguiendo la administración de inyecciones subcutáneas de quinina. De algún modo el uso subcutáneo de la quinina crea un medio favorable para el desarrollo del tétanos. El accidente más interesante de ésto es el de Mulkowa, en el cual un oficial médico inyectó un gran número de nativos con suero antibubónico. Diecinueve (19) desarrollaron tétanos, pero probablemente ésto se debió a que la botella que contenía el suero tuvo en contacto con el suelo.

Un incidente muy desgraciado es la realidad que a veces el tétanos se desarrolla después de alguna operación quirúrgica y lo que es mas desagradable cuando menos se le espera. La cuestión de catgut debe tenerse muy en cuenta. Cuarenta por ciento (40%) de los casos de tétanos post-operatorio de vientres son de hernia. En casos génito-urinario se ha desarrollado en los llamados casos *limpios;* mientras que en los casos ginecológicos en la mitad de ellos no ha sido necesario abrir ni el canal genital ni el canal digestivo.

Las conclusiones después de todo, a que llega este Cirujano es que el tratamiento rutinario preventivo no debe ser general, sino que debe ser de acuerdo con la clase de herida, la probable contaminación con el suelo en el establo, corrales, jardines, etc., y la localidad en que ocurre la herida. Desde luego, que como profiláctico el suero lo promete todo.

El mejor tratamiento del tétanos desarrollado, se discute su validez, sin embargo, la última guerra ha probado que como profiláctico su valor es real, pero en cuanto a curativo siempre se ha dejado ver cierta duda de su valor. Cree el Doctor Wainwright que el descrédito del suero antitetánico como curativo, se debe a dos factores: Primero, que el suero administrado por vía intrarraquidea hace daño y, por consiguente, disminuyye las probabilidades de recuperación, y segundo, que cuando se administra el suero por las otras vías se dá en dósis tan pequeñas que no debe esperarse ningún beneficio de éste.

Como razones que el suero no tiene gran validez por la vía intrarraquidea, tenemos: Primero, que una vez las toxinas tetánicas unidas con las células nerviosas centrales, la antitoxina no tiene poder alguno para separar esta unión y, por consiguente, no importa que se bañasen estas células en suero antitetánico. Segundo, no se ha demostrado que el suero que se inyecta en el canal raquidiano penetre en el encéfalo o médula; Tercero, se ha comprobado que durante la enfermedad las toxinas tetánicas no se encuentran en el líquido céfalorraquideo. No parece, por tanto, que sea éste un tratamiento fisiológico. En un gran número de casos de información personal, la mortalidad parece ser igual o quizás mayor cuando se usa el suero intrarraquideo que cuando no se usa alguno; por consiguiente, aparece que la mortalidad cuando se usa esta vía aumenta de sesentitres (63) a setentidos (72) en una serie de setecientos cuarenticinco (75) casos incluídos en la comunicación personal del autor.

Lo que se desea con el uso del suero

antitetánico es neutralizar la toxina circulante en la sangre y la linfa. Indudablemente la vía intravenosa es la llamada para el mejor éxito. Hay una sola razón por qué la vía intravenosa no dá mejor resultado. Es porque la dosis usada no es suficientemente grande. De acuerdo con Cirujanos ingleses treinta mil)30,000) unidades intravenosas es una dósis terapéutica. Tanto como doscientos mil, setecientos mil ciento ochenta mil unidades por la vena han sido administradas a enfermos con resultado muy prometedores. Una mortalidad de 40% parece ser posible con este procedimiento. Lo más sorprendente es que los fenómenos anafilácticos no aparecieron en estos casos. En una serie de noventa (90) casos donde treinta mil o mas unidades fueron administrados intravenosamente, la mortalidad fué 32%, pero no más alta de 40%; mientras que con uso intrarraquideo e intravenoso la mortalidad fué de 61%. Las dósis grandes deben ser dadas intravenosas e inmediatamente. Por ejemplo, las treinta mil unidades o más que se vayan a dar por la vena deben darse dentro de las setentidos (72) horas. A este tratamiento intravenoso tiene que añadirse el cuidado apropiado, quietud, obscuridad, sedativos y todos los por menores de un tratamientog eneral adecuado sin olvidar el tratamiento quirúrgico propio de la herida en estos casos. La morfina entre los sedativos probablemente es el peor porque disminuye la eliminación. *Clorbutanol* es el mejor.

Conclusiones:

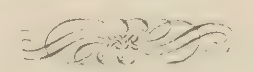
1. El uso intrarraquidio del suero antitetánico aumenta la mortalidad, es nocivo y debe abolirse.

2. El suero antitetánico es de mucha utilidad en el tratamiento curativo del tétanos. Dado por la vena en dósis de treinta a cincuenta mil unidades de acuerdo con la gravedad y el tiempo que ha transcurrido desde el desarrollo bajaría en un cincuenta por ciento (50) o mas la mortalidad. La eficiencia de este método (intravenoso y dósis grande) depende de la rapidez con que se haga.

3. Si la dósis inicial tiene que repetirse debe ser aproximadamente de igual cantidad y por la vena. Después de iniciada la convalecencia se puede usar intramuscularmente.

4. El mejor sedativo es Clorbutanol dado en dósis de dos gramos disuelto en whisky o cinco gramos en aceite de oliva, por la boca o por el recto, respectivamente; repitiéndose cada vez que sea necesario para conservar el enfermo en un estado de relajamiento y somnolencia, mientras pasa el peligro.

(*Abstratado de los Archivos Cirugías.*)
No. 5, — Volumen 12.



BY-WAYS AND HIGHWAYS

What Price Prohibition?—An observer, whose chief concern is to be just, emerges from the Washington hearings on prohibition greatly confused—not as to the sentiments of the public but as to the designs of the so-called Dry movement's guiding spirits. The nation-wide newspaper poll on the question of modifying the present law, which preceded the hearing, revealed, in figures, a heavy majority in favor of modification. In fact, recapitulation showed that the odds were something like 4 to 1 against a continuation of the present régime; and, in a republic where the majority represents the voice of God, this would appear to be a rather clear indication of which way the wind is blowing. As soon as this result was known, the Dry forces sought to minimize its effect by declaring that newspaper polls reveal nothing. From subsequent developments it becomes clear exactly what the Dry learder menat by exactly what the Dry leaders ment by this judgement: they indicated clearly incomprehensible methods, the will of the people means exactly nothing. Later, in Washington, the Drys were able to present their case in their own way, and the revelations made there by their own spokesman can be described at bet as confusing. What, exactly, are the Prohibitionists aiming at? Do they really want prohibition? If they do, nothing in their conduct during the past few weeks would indicate that. It has always been their chief contention that they are for a Dry régime because the vast majority of the people is in favor of such a régime. Their resistance to a referendum is therefore one of the incomprehensible elements in their strange psychology. It would seem to any fair-minded individual that the Drys would, if they were sincere, welcome and even demand a referendum if they were as sure as they loudly assert of a vast majority. The confusion in a fair mind grew even deeper when, in Washington, Assistant Secretary of the Treasury, Lincoln C. Andrews, in charge of the Dry forces of the nation, asserted in testimony before the Legislature that the cause of prohibition would be advanced and the Dry régime would be more effectively maintained if light wines and beer were made available to the public. It has long been manifest to all that Mr. Andrews has always had the true interests of prohibition at heart in the conduct of his office, and, when he made the avowal, he did so in the honest belief and hope that he was serving these interests. And yet, immediately after he had made this statement, the Dry power threatened to write him off their books, treated him as an enemy instead of a friend, and so completely intimidated him that he thereafter was obliged to make a series of statements in the newspapers to clarify his position. These later statements were superfluous. Mr. Andrews made himself very clear: by making beer and light wines accessible to the masses, excessive drinking could be curbed, boot-legging would be circumscribed, and prohibition would become more of an actuality. What, then, did the Dry forces mean when they attacked and practically repudiated Mr. Andrews? What, also, did they means when they treated Mr. Bruckner as a traitor after his revelations of the corruption that has followed in the trail of prohibition? Both men made their frank statements while giving their views as to

how prohibition could be made effective. Do the Prohibitionists mean by their attack on these men that they are not interested in effective prohibition? If that is not what they mean, it is at any rate the impression they leave. If this is not so, what, precisely, is their game?

Mud-coated Idealism. — The word "game" is not chosen without intent. In our past inquiries into the cause of prohibition, we have always sought to state the case fairly for both sides, on the assumption that prohibition was a sincere ideal; but now we have come to question the degree of idealism that inspires the prohibition leaders. This doubt is aroused in our minds not by the enemies of the movement but by its leading spokesman, Mr. Wayne B. Wheeler. Mr. Wheeler has for some years been the leader of the movement and its guiding spirit. Recently he published a series of articles in a leading newspaper, in which he revealed the methods by which prohibition was "put over". These articles have come as a very great shock to many earnest, high-minded people, and we fear prohibition has been done a disservice by them from which it will not easily recover. At no point in these articles does Mr. Wheeler indicate that he was working for an ideal, that he was strivinyng to realize a high conviction, or that he was atempting to educate the pubilc to an appreciation of the benefits of prohibition. His whole strategy has been the strategy of the politician, he was always "playing the game," "putting it over on them", in various and sondry ways getting the best of crafty politicians by revealing greater craft and being more unscrupulous. The methods frankly boasted by Mr. Wheeler are the methods of a politician, and those who merely questioned the wisdom of prohibition before, will now be inclined to regard it with disgust and horror. The conditions which Mr. Buckner revealed as a by-product of prohibition are little if any worse than those revealed by Mr. Wheeler in the very ranks of the Prohibitionists themselves: the liberal expenditure of large sums for doubtful purposes, the hiring of highlyfed lobbyists, the padding of expense accounts of legislators campaigning for prohibition, and an infinite array of depressingly unethical procedures.

It would appear from all this that prohibition cannot touch anything without corrupting it. Even a confirmed Dry withers at contact. And one is tempted to draw the conclusion that the hidden aim of the Prohibitionists is to destroy all respect for law. This it has already accomplished in greater measure than was conceivable to the handful of sincere individuals who inspired the movement originally, and we will not be surprised if the historians a century hence, in reviewing the present era, will find that the one great disorganizing and disintegrating influence of the century was prohibition. Even today it is evident that a larger percentage than ever of respectable citizens are coming to hold the laws of the land in disrespect. Violation of the Volstead Act is considered a subject for pleasantry, a jail sentence is regarded as a matter for humor, and even loyalty to the nation is viewed as a form of mental inferiority. But perhaps the most significant change, and this is almost directly traceable to the post-prohibition psychology, is the new type of hero-worship among the masses, reflected in the daily newspapers: the exaltation of the supreme criminal. The Chapmans, the Whittemores and their ilk are no longer regarded as criminals and law-

breakers who merit only the abomination of their fellowmen; they are featured in headlines and front-page stories as heroes whose sentences or condemnations are widely regretted. Even up to the last minute of Chapman's life, many decent men and women were hopeful that he might escape the hangman's noose; many men frankly declared that they hoped he would "get away with it" because he was so clever and ingenious. And Whittemore has found more than one friend among individuals who regard themselves, and not altogether wrongly, as law-abiding citizens. Small wonder that in the past few years crime has increased with such rapidity, and capital crimes committed in this country exceed those in England and Wales by something like 1,000 per cent. It is no accident that the crime figures are higher for the country in which prohibition is a law if not a fact.

Even the physician has not escaped the moral depression which appears to be an inevitable consequence of the prohibition psychology. Recent revelations show that a large number of practitioners, some of them quite reputable, are involved in the profiteering consequent upon the Eighteenth Amendment. As is well known, physicians are allowed the privilege of prescribing a specified amount of whiskey for medicinal purposes and are provided quarterly with a book of prescription blanks. An anonymous individual recently called on a wellknown physician to deliver his book, and, before retiring, indicated that he would be glad to pay a dollar and a half for each prescription not used before the term was up! The indiviual was promptly shown to the door. But in numerous instances his offer has been accepted, largely, of course, by doctors with reputations of such a nature as to hazard nothing in low transactions of this order, but in some instances by physicians who commonly would appear to be above such demeanor. There can be but one explanation for their conduct: that they have suffered, along with other members of the community, a general lowering of the ethical standards which has become manifest since prohibition came into force. We have no sympathy with the physician who will stoop to such contemptible petty graft, yet we can understand his attitude. It is difficult to expect any individual to observe a law which he cannot respect, and when non-observance of a ridiculous statute carries with it a monetary reward, the temptation to ignore it is naturally greater. The physician of this type is "putting it over" on the Government in the best style of those who "put prohibition over." And if an impartial observer must condemn such strategy, a confirmed and loyal Prohibitionist cannot help but admire it. As American Medicine is not on the subscription list of any prohibition grup, it feels free to express its distaste for such a practice. It has no use for the kind of politics Mr. Wheeler has described within the profession or outside it.

Reproducido del American Medicine.

Mussolini's Cancer.—Ever since Mussolini's accession to power, news dispatches from Italy have hinted about a mysterious "incurable disease" which has been racking the vital frame of the Italian Premier, and recently these rumors have been revived. A cable given wide prominence in the New York press stated that this disease had reached a critical stage, and one dispatch made the specific statement that Mussolini's ailment was cancer of the duodenum. It added that several

famous specialists had refused to operate on the ground that an operation would be fatal. Admirers of the fiery Italian may find a little consolation in the grave news: Mussolini's illness may force him to retire from public life; and those who have no great sympathy for the Italian Premier and his political philosophy, while regretting his affliction, will breathe a sigh of relief at this withdrawal. During his tenure of office, Mussolini has done a great service to Italy, but he has injured the self-respect of the world. From the beginning of his prominence, he has set himself a double task, one deliberate, the other unintentional: to cover himself with glory and humanity with shame. He has succeeded to the limit in both. In directing all his activities, Mussolini has been guided by the principle that, as he himself declared, human beings prefer slavery to freedom, that they achieve more under the lash than with kindness, and that manacles are a greater stimulus to production than laurel wreaths. Mussolini is preeminently right. Despite his advance in a mechanical sense, the human being is still little removed from the savage. The Italian Premier, by enslaving the Italian people, by treating them as unenglightened savages, has saved Italy, has made his country productive, obedient and prosperous. His frankness is admirable—and contemptible. It is conceivable that a man may act on such a patent principle, but it is inconceivable that he should acknowledge it so openly, that he should proceed so frankly with that principle as his guide, without any effort to disguise it. For the better part of a decade, the Italian Premier has been acting according to a political code which was out of fashion a century ago, which had been disavowed by even the cheapest politician as an insult to cultured humans. His triumphal visit to Tripoli, accompanied by an impressive fleet of war vessels, was typical. Before venturing on this trip, Mussolini visited the ambassadors and envoys of the great nations and confidentially whispered to them that they were not to take seriously anything he would say in his speeches, meant only for the Italian masses. Arrived in Tripoli, he delivered a series of fiery harangues, full of the glory of Italy, past and present, holding forth promise of a reborn Roman Empire, and exciting his people to dreams of conquest regard as conceivable within the limits and expansion such as no nation would lian papers, but no newspaper in Italy reproduced the tip which Mussolini had given the foreign ambassadors. And so, while all the world knew that Mussolini was merely engaging in idle firewords, all Italy believed that he was pointing the nation to new paths and leading them to new glories. For days after the Tripoli visit the nation was drunk with enthusiasm. The words of their leader went so completely to their heads that one newspaper, a Fascist organ, dared to print the following: "The colonial problem is a question of life and death to Italy. Either Europe will peacefully grant us some colonies or we will sooner or later take them by force."

Despite Mussolini's "tip," it must be manifest to the great nations that the Italian Premier is playing with fire and that he is lighting a blaze which ultimately all Europe will have to combine to extinguish. For Italy does not know, as all the world knows, that Mussolini is merely bluffing, that he is pouring strong drink down the throats of his people merely to keep their enthusiasm at white headt. The Italian people are taking him seriously. When Mussolini made his sen-

sational Brenner Pass speech, it was reported proudly in all the Italian newspapers, but when Germany, aroused by the threat in it, demanded that the Italian Premier explain just what he meant, the Italian press did not report his subsequent backdown. The newspapers are heavily censored in Italy and print only what Mussolini allows to appear. The spectacle of the Italian people being thus toyed with by an unscrupulous leader is humiliating to all humanity. Small wonder that Italians in this country and in Europe are incensed over his methods. They are furious because he holds their people up to ridicule. And cultured individuals the world over share their disgust because humanity is also held up to ridicule. How are the Italian masses to know that their leader is only a *poseur* and *a Machiavellian?* The information accessible to the world at large is not accessible to them. They are being misinformed and misguided. But the worst of it all is that Mussolini is employing his hold on the popular imagination to stimulate it to the lowest forms of ambition: nationalism and dreams of conquest. Originally a Socialist, Mussolini came into power by accepting the financial assistance of a group of capitalists, who saw in him an instrument for driving a disgruntled and disilusioned people back to the factories. He has served their purpose well, but he has become intoxicated with the beverage he concocted for consumption by the masses. The strong drink he designed for them has gone to his head, and all Europe watches him anxiously as he staggers across the uncertain map in his flights of oratory. He represents a greater danger than the Germany of before the war, so long as the "tips" which he gives so confidentially to the Powers are withheld from the Italian people. Europe must sooner or later realize that the matches this child of fortune is playing with may set fire some day to the whole Mediterranean area.

Some Insects and Their Relation to Man.—It is impossible to estimate the effect that insect activity has had on the human race, asserts Major M. A. Reasoner of the U. S. Medical Corps, in an abstract of an address in the *Jour. of the Am. Med. Assn.* (March 6, 1926). The device that has saved the greatest number of lives is the ordinary fly and insect screen. Insects have overthrown dynasties and even blotted out whole countries or civilizations or reduced them from a position of commanding superiority to one of helpless subordination. Greece, Mesopotamia, Egypt, Macedonia, the Mayans, Rome, the civilizations of southern Arabia, Peru, Rhodesia, Ceylon, Java, Indo-China and India have suffered decadence; and ofter a humble and despised insect carrying malaria and other diseases has been the cause of the trouble.

It is not many years since the interior of Africa was an unknown widerness. Within this country was an area in which the dreaded trypanosomiasis was present. Trade channels were opened up, and at present the infection has spread over at least one-fourth of the continent and thousands of miles have become depopulated. It is hoped that the tsetse fly will never gain access to this continent.

The proof of the intelligence of a race is its ability to raise itself above and protect itself from an adverse environment. The average expectancy of male life in the United States is about 50.6 years and in Sweden is about 50.9 years. In India it is about 23 years, and it would be less if the population was greater or the birth rate was higher. The combina-

tion of insects, ignorance and insanitation is the explanation.

Under proper precautions, inhabitants of temperate regions may emigrate to the tropics and live there without manifest injury. This requires the avoidance of mosquitoes and other insects, the constant use of boiled water, and many other precautions which at times are somewhat irksome. Those who comprehend their importance are less likely to ignore them. Yellow fever used to be the curse of the tropical and semitropical western hemispsere. The medical department of the United States Army realized that tne first step in the control of the disease was to learn the method of transmission, and accordingly work was begun under the direction of Drs. Reed, Carroll, Lazear and Agramonte. Volunteers were called from the soldiers and officers of the medical department who were not immune to the disease. Those who lost their lives are entitled to all the honor that can come to any soldier who has fallen on the field of battle. As a result of this work we now know how to prevent the spread of yellow fever. It is the plan of the Rokefeller Foundation to destroy all foci of yellow fever and banish it from the face of the earth.

The diseases that are transmitted by mosquitoes are malaria, yellow fever, filariasis and dengue fever. The general rules to be followed with mosquitoes are to:

(a) Prevent so far as possible all mosquito propagation.

(b) Kill all mosquitoes possible of those which do breed.

(c) Keep habitations away from mosquitoes and mosquitoes away from habitations.

(d) Protect the sick from mosquitoes.

(e) Protect the well from mosquitoes.

It was the application of these rules that made the building of the Panama Canal possible and life there as safe as in the temperate zones.

Reproducido del American Medicine.

Diet Treatment of Ulcer of the Stomach and Duodenum.—Jarotzky (*Presse Médicale*, September, 1925) insists that milk should be suppressed in the cases of gastric hypersecretion. White of egg and unsalted butter, given separately, form his special diet for treatment of peptic ulcer. A raw white of egg, not whipped, is given without salt, alternating with fresh unsalted butter. During the eight or ten days of the course the use of water is prohibited. The patient keeps in bed for the time of the treatment. One white of egg in the morning and a tablespoonful (29 gm.) of butter in the afternoon are given the first day. The ration is daily increased by one white of egg and 20 gm. of butter, till ten whites and 180 gm. of butter are given per day. No other food or drug is allowed. The diet appeared more efficient than fasting after gastric hemorrhage. Relief of pain, subsiding of gastric contractions, allowing better chances for healing of the peptic ulcer, followed this diet treatment. Various cereals, vegetables and fruits, cooked in water without salt and passed through a sieve, are given after the eighth or tenth day. This treatment has been successfully applied in several Russian hospitals since 1910, and he says that it has been used in the United States, citing Altsuler and others.

V20 152

SUMARIO

PAGINA.

SALICILATO DE BISMUTO

En la Sífilis

EL valor de ciertas preparaciones de bismuto en el tratamiento de la sífilis ha sid oya reconocido por los principales sifilólogos. La popularidad que desde un principio tuvo el salicilato de mercurio como agente antisifilítico hizo pensar en el salicilato como la más práctica de las sales de Bismuto para inyección intramuscular. Según los resultados clínicos, parece que el Bismuto en esta forma llena todos los requisitos de un agente antisifilítico.

El Salicilato de Bismuto P., D. & Cía. se suministra en ampolletas de 1 c.c. cada una de las cuales contiene 0.13 grm. de Salicilato de Bismuto en aceite de olivas, con 10% de alcanfor y 10% de creosota.

La adición de Alcanfor y de Creosota al aceite que contiene diversas sales metálicas en suspensión, para inyecciones intramusculares, reduce al mínimum el dolor local y la irritación sin provocar efectos perjudiciales.

Ofrece las ventajas siguientes:

1. Relativamente atóxico cuando la dosis se regula de una manera adecuada.

2. No está contraindicada su administración después de la arsenofenamina o el mercurio.

3. Por lo que se refiere al dolor local producido por la inyección es casi no irritante y no se forman abscesos en el sitio de la inyección.

PARKE, DAVIS & COMPAÑIA

DETROIT & NEW YORK, E. U. A.



Caja de 12 ampolletas

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XX. | SEPTIEMBRE 1926. | Núm. 153.

EDITORIAL

Al transcribir el siguiente artículo del Doctor Wm. Sharpe quien es muy conocido en esta isla, lo hacemos con el mayor placer, en obsequio a aquellos que no se hayan suscrito aún a su obra, editada por la casa de Lippicot, a la cual contribuyen otros famosos autores de América y Europa.

No dudamos que será de gran satisfacción para todos los médicos que ejercemos en Puerto Rico, conocer las impresiones que llevan de aquí los hombres de ciencia que nos visitan y que luego ellos expresan públicamente con toda franqueza y sinceridad.

Indudablemente, la opinión del Dr. Sharpe sobre algunos de nuestros problemas que trata él de manera autorizada, nos hará reflexionar sobre materias que atañen a la clase médica insular y que tocan muy de cerca a la Profesión en general, en las Antillas.

Lo transcribimos sin otros comentarios para que una clase consciente e ilustrada los interprete.

TRAVEL AND BIOGRAPHY

MEDICAL IMPRESSIONS OF THE ANTILLES

By William Sharpe, M. D.
President of the Pan-American Medical Association, New York City.

During the winter of 1925-1926, it was my good fortune to be invited to Cuba, Santo Domingo and to Porto Rico to give a series of talks and neurosurgical clinics before the medical professions of their respective cities. Never shall I forget the cordial reception in each city visited and their scientific interest in a rather highly specialized subject. It was again impressed upon me, as in South America and again in Mexico, that the Latin-American physician and surgeon is interested in the science of medicine as a whole—not merely what is of practical value to him alone, but the fact that a subject is part of medical knowledge is sufficient for him to desire to know as much as he can about it. It is his interest in scientific medicine

as a study that distinguishes the Latin-American physician and places him upon a high cultural plane and, in this respect at least, a closer approximation of the medical professions of Latin America and of the United States will not only be of mutual benefit but, in my opinion, of great value to the latter.

Merely a word regarding the general conditions in these countries: The winter climate in these tropical republics is ideal, so that a visit there during the months of December, January and February reminds one of Maine in July and August; the mid-day is warm and the nights always cool. Mosquitoes and flies are not noticeable, in fact in Havana and in Matanzas no screening is used and there is no need at all for it. The sea bathing is superb—the water as at Atlantic City in the summer time; possibly the most attractive ocean beach in the world for winter use is at Cardenas, miles of the finest white sand and abounding in beautiful shells, fringed by a gorgeous tropical vegetation of palm trees and gradually sloping into the sea amid a panorama always to be remembered. The sullen and grim reminders of the historic struggle for fredom of these republics from the foreign yoke are evidenced by the ancient fortresses and the ruins of walled towns in each one of their cities; a Morro Castle at the entrance of each harbor with its moat, damp dungeous and small courtyard for the execution of the rebelds and patriots. The abundant tropical vegetation of all kinds, especially its coco palms and huge trees, makes the cradle of American exploration and civilization, Santo Domingo one of the most interesting countries to be visited—let alone its priceless treasure of the remains of Christopher Columbus in the Cathedral. And in Porto Rico, with its modern road system to all parts of the island through mountains of the most beautiful scenery and, as far as the eye can reach, dotted by the houses of the farmer with his garden and the omnipresent banana patch, and, never to be forgotten, the numerous school buildings of the most modern architecture as to light and ventilation—the wisest and safest investment of a people for its future development and progress. The fertility of the land itself surpasses any previous conception; in Cuba, especially in the eastern section about Camagüey, it is possible to grow seven and eight crops of sugar-cane without replanting; the royal palm with its multitudinous uses abounds; in fact, whatever is placed in the ground, such as dried out and apparently dead sticks of wood as fence posts, will sprout in several months and soon the fence posts have formed a flowering and leafy line of trees whose rapid growth requires a frequent changing of the wire. In Porto Rico, the thousand and one hills are all cultivated for the coffee bush and the tobacco plant—reminding one of the hill-side of Italy with its olives and gardens. So great is the general favorable impression of these countries upon the visitor during the winter months, it is not to be doubted with an increasing knowledge in the United States of the climate and of the historically interesting and attractive features of this tropical life, that there will be a much larger number, not only of tourists but even of many people desirous or having a winter home among the most delightful surroundings imaginable. The unrivalled opportunities thus to acquire with ease a speaking knowledge of the language of Cervantes is in itself a lure and especially is this true for families with children; the city of Havana with its beautiful environs is only fifty hours from New York by rail,

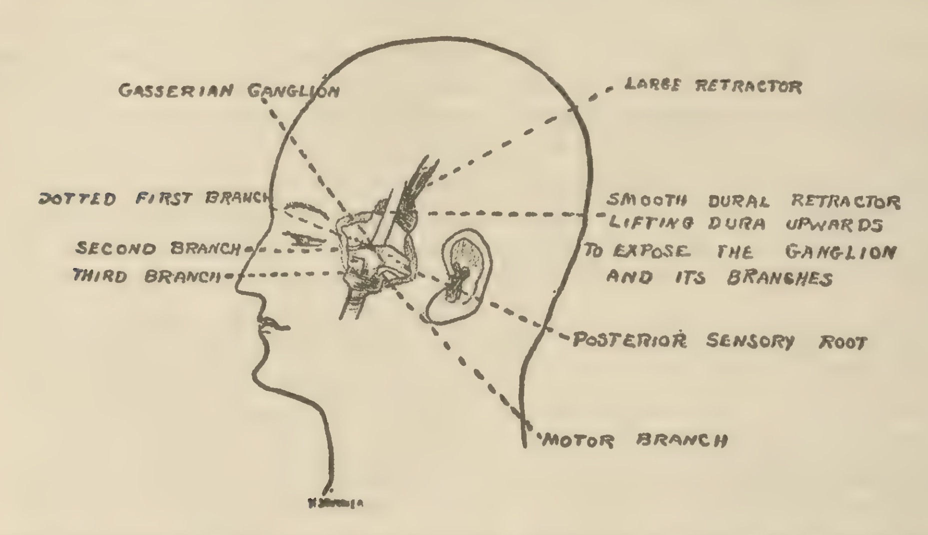
and Santo Domingo and Porto Rico only four days from New York by large comfortable steamers. To avoid the rigorous cold of the winter of the northern part of the United States, I know of no climate so delightful and no people so charming and hospitable as are to be found in these islands.

HAVANA

A most modern city in every respect and justly proud of the University of Cuba and its medical school and associated hospitals; Dr. Luis Ortega is the Dean. The new Municipal Hospital with the latest equipment and competent medical staff has a very big future indeed. Possibly the most beautiful hospital buildings and grounds that I have ever seen at the Hospital Covadonga, a hospital belonging to one of the strong Spanish Mutual Aid and Beneficent Societies in Cuba —the organization of which mention will be made later. There are several excellent private hospitals and clinics, among which is the one used by Dr. Ernesto R. de Aragon, the gynaecologist, and the Nacional Policlinic directed by Dr. N. Gomez de Rosas, the surgeon. From this latter hospital, a medical lecture is broadcast by radio to the medical profession of Cuba once a week and I had the honor of addressing such an audience upon the subject of hydrocephalus. Possibly the most active and influential physician in Cuba in directing the scientific progress of medicine is Dr. Angel Aballi, not only a paediatrician of the highest ability but a scientist interested in every department of medicine. His advanced attitude and ideas upon the subject of intracranial hemorrhage in the newborn and its rational treatment are most enlightening; his active interest in the Federation of Cuban Physicans to improve the medical conditions of Cuba means the sucess of this necessary movement. The teaching of surgery in the Medical School and its active demonstration are in the most competent hands of Dr. José A. Presno, to whom the medical profession owes much for its surgical achievements. Dr. C. E. Finlay is the Professor of Ophthalmology. In Havana as elsewhere in the Antilles, there is a large group of progressive younger physicians and surgeons among whom I need only mention Dr. Gonzalo Pedroso, the urologist, Dr. Alberto Inclan, the orthopaedist, Dr. Ricardo Silveira in laryngology and Dr. R. Núñez in surgery. It was with great regret that I could not remain for a longer period of time in Havana to see more of the surgeons at their work and I do hope that I shall be able to return in the near future. The social life of Havana with its beautiful suburbs, country, gold and yacht clubs and race track and then its theatres and night life in the absence of the dry-law all aid in making this centre of Latin-American culture a most delightful andinteresting city.

MATANZAS

Few cities have the innate charm and picturesque surroundings of this quiet but active centre of 63,000 people, situated on the north coast of Cuba and only two hours from Havana. The old Spanish architecture is seen on all sides as well as in the hospitals. Its environs are beautiful—Montserrat to the south, with Cumbre on one side of the bay and the Caves of Miromar on the other. It was with great pleasure that I operated here upon a patient having trifacial neuralgia by sectioning the gasserian ganglon and also upon a child having a mild external hy-



Schematic view of small curved incision of scalp, removal of small area of bone and only the outer layer of dura over ganglion incised and retracted upward, exposing the gasserian ganglion, its three peripheral branches, the posterior sensory root and the motor branch. **Small curved blunted book used to evulse the posterior sensory root from its origin in the pons.**

drocephalus following an ntracranial hemorrhage at the time of birth (Fig. 1). Among the most active physicians and surgeons may be mentioned Drs. Armando Estorino, Federico Escoto, Antonio Font Tió, Oscar Forest, Miguel A. Beato, Luis Tapia and others—all doing excellent work in modern medicine.

CARDENAS

An unusually modern city with broad streets at regular right angles and immaculately clean. At only ten miles from Cardenas is the ocean beach of Varadero, the most beautiful winter beach ever visited by the writer—only the beach at Ostend can be compared with it. This beach is used by the Cubans almost entirely as a summer resort and yet the climate of the winter monthts and the warmth of the water make it ideal for winter use by those visitors coming from the north; as a winter home it is unexcelled. Behind the narrow peninsula of beach-land is the navigable water of the bay—a natural harbor for smaller craft, fishing and water sports. The Municipal Hospital, of which Dr. Luis Ros is the surgeon-in chief, owes its modern condition and equipment chiefly t ohis directing influence, not only medically but financially; as in many city and government hospitals at home and abroad, money for improvements is frequently tardy and even lacking, but Doctor Ros has not let this obstacle prevent him from making the hospital modern in every respect, with an excellent corps of nurses; Dr. Perez Maribona is the junior attending surgeon. The Hospital de la Colonia Española, belonging to one of the above-mentioned Asturian Mutual Aid and Beneficent Societies, is also most modern and clean; its picturesque chapel in miniature in the centre of the patio is a most charming addition; the President of this hospital is Dr. A. Rodríguez Medina.

CIENFUEGOS

Few cities are so delightfully situated at this thriving centre of the so-called "One Hundred Fires"; it may be hot in the summer time but surely not so in the winter time. Ias bay is probably the largest and most protected one in the Antilles—its entrance being narrow and tortous between high hills and yet navigable for the largest steamers. The hospitals are most modern and well-equipped; the Municipal Hospital of old Spanish architecture with the everpresent patio; its operating room excellent as I can attest by having performed another gasserian ganglion operation upon a patient suffering from trifacial neuralgia, ably assisted by Doctors Hernandes and R. M. Moreno (Fig .2) The beautiful hospital of the Astuarian Mutual Aid and Beneficent Society is directed by the most competent Doctor Mendez. The hospital and clinic of Doctor Villalvilla is one of the most modern of private hospitals I visited; during my visit at this institution it was demonstrated very conclusively that a mercurial manometer is always essential in estimating the pressure of the cerebrospinal fluid at lumbar puncture; although the fluid escaped from the puncture needle only drop by drop—possibly sixteen drops per minute—yet the mercurial manometer registered and increased pressure of 66mm., the highest I had ever observed, the normal being 6-8. The patient had a secondary optic atrophy most probably due to ventricular blockake by a basilar meningitis and was in a moribund condition. The dean of medicine in Cienfuegos is Manuel Altuna—undoubtedly a progressive scientist of distinguished and charming manner whose influence for good in medicine is unlimited.

CAMAGÜEY

Situated in the centre of the most fertile sugar-cane district in the world, this historic old city was the hot bed of patriotism and rebellion against the foreign oppressor. Its narrow tortuos streets remind one of Seville. The hospital controlled by the Asturian Mutual Aid and Beneficent Society is a modern institution, well lighted and ventilated. At the Municipal Hospital, excellent work in surgery is being done by Drs. Rodriguez Barahona, Fernandez Escarra, J. Ramon Boza. Porro Varela, J. Ramos, R. E. Menendez and others. It was at this hospital that I attempted the spinal decompression of laminectomy in the case of a negro from Haiti who had a recent fracture compression of the second to the fourth dorsal vertebrae with an apparent transverse myelitis with complete loss of motion and sensation from almost the neck down. and loss of vesical and rectal control; huge bed-sores were present over the buttocks and a daily temperature of 103° F. As the rontgenograms did not reveal the vertebrae out of alignment and since the Queckenstedt test was positive for obstruction of the spinal canal, I advised an exploratory laminectomy as the only chance of the patient to recover a greater degree of function than would be possibly by the expectant palliative treatment. The operation did reveal extra-dural bony compression of the spinal cord, but the spinal cord itself was in continuity and merely oedematous, so that a good prognosis was possible; but I had misjudge the vital resistance of the patient and he died. As this was the only patient I operated upon in Camagüey, my operative mortality there is 100 per cent., but I am confident that if the patient had been a Cuban, his innate courtesy fould not have permitted him to die.

SANTIAGO

Of all the cities of the Antilles, Santiago de Cuba is possibly the most picturesque and of the greatest interest historically, especially to North Americans. Entirely surrounded by mountains—and if they were snow-covered, the visitor coud easily imagine he were in Santiago de Chile—this modern city of Spanish architecture nestles to the bay, the narrow entrance of which Lieutenant Hobson blocked with the *Merrimac,* and in the open sea to the south of it Admirals Sampson and Schley obtained their victory over the fleet of Cervera. San Juan Hill is only three miles from the city.

One of the most interesting hospitals is the old Hospital General under the able directorship of Dr. Luis A. Santa Cruz; its wards are being remodelled and modernized in every respect so that excellent work s now being done; its patio is beautified by all kinds of tropical trees and plants. As in the other cities of Cuba, the hospitals of the Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia here are in the best possible condition as to light, ventilation and cleanliness. Of the private hospitals and clinics, the one directed by Doctor Comas, the surgeon, is very active and his helpful cooperation with the younger men is a most valuable influence for the development of modern surgery and medicine in this section of Cuba. The Clinica "Suarez Solar" is another excellent hospital. The new private hospital of Dr. José A. Ortiz had not been completed at the time of my visit, but it promises to be possibly the most luxurious hospital of its type in the Antilles; every modern equipment and all conveniences are being installed. Santiago may well boast of its competent physicians and surgeons, among whom may be mentioned Drs. Eduardo Guernica D. Gonzales Mármol, J. Oñate Gomez, Jesus Buch, C. Cruz Bustillo, Agustin Ravelo and others.

Before leaving Cuba, I feel it to be my duty, as a member of the medical profession, to express my frank opinion regarding an organization which has developed in Cuba more than in any other country in Latin-America and which constitutes a real menace to the vitality of the medical profession itself; I refer to the hospitals of the Spanish Mutual Aid and Charity Societies (Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia)—several organizations having a membership of over 50,000 each in the various cities of Cuba. A small initial membership fee of several dollars is required and then the payment of two or three dollars a month assures the member all hospital care and all medical services at no further expense. The attending surgeons, physicians and specialists of these hospitals receive a *maximum* monthly salary of $175 to $200—and there would be no criticism whatsoever of this arrangement it the members of these huge societies were in reality poor people requiring mutual aid and medical charity, in which case the medical profession has always been the first to offer its services *gratis;* but such a large percentage of the members of these so-called "mutual aid and charitable" societies are of the middle and well-to-do classes (if not to say wealthy classes), that it is not a question of charity upon the part of the medical profession but rather an imposition financially to a degree that it is difficult for the doctor to retain his self-respect and professional dignity and still serve on the medical board of these "charitable" private institutions. For these hospital organizations to be used by wealthy people merely to avoid their financial res-

ponsabilities to the medical profession in cases of illness, operations, consultations, etc., is a condtiion to be remedide as soon as possible, either by excluding the well-to-do people from the organizations (and if such method is used, then undoubtedly the medical profession would be glad to give their services gratis to the poor members), or if no such remedy is practicable, then by increasing the salary of the doctors to a respectable amount commensurate with their professional standing, ability and services rendered. It would seem that the minimum monthly salary should be one thousand dollars, and, in cases of surgeons and of specialists giving a large amount of time to such institutions, that the salary should be even higher. Mind you, these organizations are not poor in any sense of the word—the "charitable" society controlling Covadonga Hospital in Havana having a surplus in the treasury last year of over $300,000, with possibly the most beautiful and luxurious hospital buildings, grounds and modern equipment that I have ever seen anywhere in the world—and yet the eminent physicians and surgeons of this "charitable" organization received the princely salary of $175 to $200 a month. During my visit to this hospital, two new buildings were being constructed—one to be used as a ward and the other for X-ray diagnosis and therapy and at a cost of $500,000 each—to my mind, at the expense of the blood of the doctors themselves; for the average physician in Cuba is in a serious condition economically and the chief reason for it is the tremendous growth of these "beneficent" societies in every city and town throughout Cuba. However, a shining ray of light and hope has appeared in the new Cuban Federation; with the development of this strong medical organization to a degree, that not to be a member of it automatically isolates and ostracizes that doctor professionally, then the passing of regulations regarding medical service in such organizations, and I am quite confident that it would be very difficult indeed to obtain the services of reputable and of competent surgeons and physicians, unless these professional services were remunerated in a manner commensurate with the dignity and the ability of the profession. For a doctor to associate himself with such a "beneficent" hospital contrary to the regulations of the federation would automatically segregate him professionally, socially and in every manner whatsoever—to be treated as a malignant germ profesionally and as a "quack"; it would soon be difficult for these "charitable" organizations to obtain the services of reputable surgeons and physicians and the desired changes would surely and quickly come. And may they come soon, as the entire medical profession in Cuba as a whole is sorely suffering from this cancerous growth which should not be permitted to take a foothold in any of the other republics of the Americas.

SANTO DOMINGO

This capital on the southern coast of the ominican Republic is Donly two days by steamer from Santiago and it is indeed with awe and reverence that one approaches this fountain of exploration and of civilization of the Western Hemisphere. It was here that Christopher Columbus landed and from here that the numerous expeditions of his colleagues were launched to Cuba, Mexico, Florida, Venezuela, Central America and even to Peru. In the Cathedral here rest the bones of the discoverer of America and through the courtesy of Sn. C. Armando Rodriguez,

I had the rare privilege of viewing the remains in the small leaden casket. Historically we are under a deep obligation to Santo Domingo, and their effort to raise sufficient money to construct a giant lighthouse here as a monument to Christopher Columbus should be oversubscribed by the people of the Western Hemisphere —as a perpetual tribute to human courage, endeavor and vision. There are numerous ruins here of old churches and fortresses dating back to even 1506 and yet they have all been preserved in comparatively good condition. In many respects Santo Domingo is the most tropical of the Antilles—a most fertile land with a density of vegetation beyond description; it is here that the cocoa palm is most abundant.

Under rather difficult conditions, the University of Santo Domingo is making a gallant fight to achieve the best in modern medicine and surgery under the competent leadership of its Rector, D. O. del Poza; he is ably assisted by Drs. Ramon de Lara, Julio E. Lyon, A. Elmúdesi, Pedro A. de Marchena and others, including Dr. A. Guillón of Santiago—all being supported and encouraged in their struggle to make their university a most modern one by Dr. José D. Alfonseca, formerly Minister of Internal Affairs. The Hospital Municipal is well lighted and ventilated, with modern operating facilities and equipment; its surgical director is Doctor de Lara. The private hospital of Doctor Elmúdesi is in the best possible condition. On all sides I heard the greatest praise and admiration of His Excellency, President Horatio Vasquez, whose far-sightedness and just attitude in the handling of the affairs of this republic have been responsible to a large extent for the great advances recently achieved; his quit dignified bearing and yet absolhtely fearless and jhst, remind one of a Washington.

PORTO RICO

A most atractive island with beautiful mountain scenery cultivated to the highest degree in coffee and tobacco and its lower lands in sugar-cane; superb network of excellent roads to every city and town, numerous and well-built modern schools of beautiful architecture and a rapidly growing industrial population not depending solely upon its agricultural products.

PONCE

On the southern shore in the centre of the sugar-cane district of Porto Rico, this city of 42,000 people has the natural charm of comfort, tranquility and restfulness. Its hospitals are in excellent condition; Dr. Manuel de la Pila, with the cooperation of Dr. Antonio Mayoral, directs one large hospital, while Dr. Lopez Nussa has charge of the beautiful situated St. Luke's Hospital with its new nurses' home. Among the leading physicians and surgeons may be mentioned Drs. A. Pietri, J. Costas Diez, Ferrer Torres, Osvaldo Goyco and others.

MAYAGÜEZ

On the southwestern coast with a very atractive beach fringed by all kinds of tropical vegetation; it is here that the University of Porto Rico has established its Departments of Agriculture and Engineering. Due to the courtesy of Dr. Frank Rivera, I was enabled to visit the Municipal Hospital of which he is the attending surgeon. Among the leading physicians and surgeons are Drs. Perea Fajardo, Santos y Tió, Guzman Rodríguez and others.

SAN JUAN

And finally, the capital itself! I shall never forget entering this well-protected harbor at night, with the myriad lights of the city and of the drives about the bay vieing with the moon and the stars; Morro Castle is again the sentinel at the entrance and the flickering lights in the distant hills to the south are the outposts. The city is rapidly growing not only in the suburbs of Santurce but in the older portions; numerous new constructions and remodellings are to be seen on all sides.

The medical profession here is indeed a most active and thriving organization and due to a very large extent to the pioneer work of Dr. P. Gutierrez Igaravidez, who has been twice the President of the Porto Rican Medical Society; at present, Dr. Fernandez Garcia is its active and efficient leader and Dr. Agustin Laugier its vice-president. The all-important Board of Health in Porto Rico is directed by Dr. Pedro N. Ortiz and through his efforts, with the able assistance of Doctors Gutirrez and Francisco R. de Goenaga, a new unit of hospital construction has been started in the suburbs upon a tract of over 200 acres and almost completed is the thousand-bed psychiatric hospital—combining the best features of several leading hospitals in the United States. Adjoining it is a model outdoor sanatorium for tuberculosis, modern in every respect. The new building of the School of Tropical Medicine with its allied hospital has almost been completed and in many respects will stand as a tribute to the pioneer work of Col. Bailey K. Ashford here. His efforts for a better understanding among the republics of the Americas and his idea of a Pan-American University are to be heartily commended and supported. The Hospital de la Sociedad Española de Auxilio Mutuo y Beneficencia is in excellent condition and is under the directorship of Dr. Amalio Roldan. The Presbyterian Hospital, diretced by Dr. W. R. Galbreath, is a most active one, being filled to capacity at all times; its out-patient department is very large. Among the most active surgeons in San Juan, Drs. Jorge del Toro and Manuel Diaz-Garcia are very prominent; at the new private hospital of the latter, I had the pleasure of giving an operative clinic upon a traumatic lesion of the brachial plexus in an adult under local anaesthesia (Fig. 3).

In conclusion, permit me to express my gratitude and sincere thanks for the many acts of kindness and courtesy shown to me by the members of the medical profession in each one of these islands. May the emdical profession in the United States become at least slightly infected by this spirit of good wil and camaraderie and, above all, of courtesy. Never shall I forget this visit; during my entire trip of six weeks, there were visible each day the blue sky and the shining sun, and each night the stars and often times the moon, but both by day and by night, there was always courtesy.



CONTROL DE LA DIFFTERIA POR PRUEBA DE SCHICK Y LA INMUNIZACION DE LOS SUSCEPTIBLES

Trabajo leído en la Conferencia de Inspectores Médicos del Departamento de Sanidad,

Por el DR. E. GARCIA LASCOT,
Jefe de la División de Prevención de la Difteria.

Hace poco más de treinta años que se empezó a generalizar el uso del suero anti-diftérico (antitoxina diftérica) tanto para el tratamiento de la Difteria como para la profilaxis por la inmunización pasiva que su aplicación produce.

Desde entonces había la creencia de que se disponía de suficientes medios para dominar tan terrible enfermedad, que, como todos sabemos, ataca de preferencia a los niños.

Los progresos rápidos de la Higiene, por otra parte, hacían decrecer notablemente el número de casos de ésta, como de otras infecciones y la alta mortalidad por Difteria se redujo a cifras más alentadoras.

No obstante, llegó un momento en que, a pesar de los esfuerzos realizados por los higienistas y bacteriólogos de los paises civilizados, la Difteria continuaba firme en las estadísticas de morbilidad y mortalidad y no se podía decir que ninguna comunidad se hallaba libre de ella, ni había siquiera señales de que se pudiera llegar a resultados tan satisfactorios en su control o prevención como los obtenidos ya con otras entidades nosológicas.

Hasta hace dize años, más o menos, no se conocía otro proceder para la profiláxis de la Difteria que las medidas generales de aislamiento y desinfección comunes a todas las enfermedades infecto-contagiosas y a la aplicación de dosis profilácticas del suero antidiftérico a las personas que estuvieren en contacto con el enfermo.

Si en el tratamiento se había obtenido un éxito ruidoso con el descubrimiento de Roux, que transformó la terapéutica de la Difteria, convirtiéndola en una enfermedad curable, no se podía decir otro tanto de la profilaxi,s pues los medios de desinfección y aislamiento son muy limitados, contrayéndose al caso comprobado y a las personas más allegadas o en íntimo contacto con él y la inmunización pasiva producida por las dosis profilácticas de la suero-antitoxina, se comprobó por la Clíncia y la Bacteriología que es sólo efectiva desde las pocas horas de administrada hasta un período de quince días, más o menos, lo que la hace prácticamente ineficaz como medio de control.

Por otra parte, la mayor dificultad en la prevención de la Difteria consiste en el crecido número de personas que tienen alojados en sus gargantas los bacilos de dicha enfermedad. Puede asegurarse que el uno por ciento, por lo menos, de la población de las ciudades son "portadores" de bacilos de Difteria y siendo este hecho ignorado por los mismos individuos y los que los rodean, se convierten en un peligro mucho mayor para la comunidad que el de los casos conocidos y comprobados de la enfermedad misma.

Nosotros hemos constatado casos de *portadores* en maestras y madres de familia, aquí en San Juan, que se horrorizaban al saberse culpables de los casos de Difteria ocurridos entre sus discípulos o hijos y sin acertar a comprender

como ellas mismas no acusaban síntoma alguno de la enfermedad.

Se sabe que por lo menos un cincuenta por ciento de los casos de Difteria ocurren en niños que no han tenido contacto alguno con otros casos de Difteria y tiene que presumirse que los centenares de *portadores* que pululan por las calles y se entremezclan con el resto de la población infantil receptiva, en el trasiego diario, son los que se encargan de transmitir el contagio a esos seres indefensos.

Como es imposbile averiguar el número exacto de *portadores* en una comunidad dada y sería mucho más difícil, sinó imposible también, el aislarlos y tratarlos debidamente, una vez descubiertos todos, de ahí que este asunto de los *portadores* representase, para los que se dedicaban a estas investigaciones, un problema mucho más serio que la dolencia misma.

Ello hizo que se dirigieran las actividades de la Clínica y del Laboraotrio hacia la investigación de la sangre de los diftéricos y de las personas en contacto con ellos, hasta que se descubrió *que sólo contraen Difteria aquellos individuos que no tienen antitoxina en su sangre o que tienen de ella tan poca cantidad que no es suficiente para protegerlos del contagio.*

Y cupo al ya notable pedíatra Schick el honor y la gloria de descubrir, en el año 1911, su famosa reacción o prueba intracutánea, demostrando él mismo dos años más tarde, de una manera concluyente, su aplicación práctica en la comprobación de la inmunización natural o adquirida contra la Difteria.

Esta reacción depende de la acción local de pequeñas cantidades de toxina diftérica, inyectadas por la vía intracutánea. Su *técnica* es como sigue: Se emplea una dilución de toxina diftérica en solución salina normal, en tal proporción que dos décimos de centímetro cúbico, que es la cantidad que se inyecta en el dermis, corresponden a la cincuentava parte de la dosis mortal para un conejillo de Indias de 250 Gms. de peso. Hecha la desinfección previa de la piel por medio del éter o alcohol, se practica una inyección intradérmica de dos décimas de c. c. de la dilución, en la cara anterior del antebrazo. Para ello se usa una aguja fina pequeña, de ¼ a ½ pulgada, preferiblemente de las de bísel corto, adaptada a una jeringuilla corriente de 1 ó 2 C. c. Se debe tener cuidado de que el ojo de la aguja mire hacia arriba, de modo que al empujar la aguja por entre las primeras capas de la piel, el ojo pueda verse fácilmente a través de éstas. La aguja debe penetrar como unos cuatro o cinco milímetros dentro del tejido intradérmico y al inyectar el líquido se ha de formar una pequeña elevación blancuzca que es indicativa de que está bien puesta la inyección, debiendo permanecer el líquido en el tejido intracutáneo el tiempo suficiente para ejercer su acción irritante local, por lo que es importante que no sea absorbido rápidamente.

Cuando la reacción es verdadera y *positiva,* toma un color rojo intenso y es de contornos precisos y dimensiones que oscilan entre las de una moneda de diez centavos y una de veinticinco; se manifiesta al cabo de 24 a 48 horas, alcanzando su *acmé* hacia el tercero o cuarto días, permanece bien manifiesta durante unos diez o doce días, después palidece y va borrándose paulatinamente, acompañada las más de las veces por una ligera descamación y dejando una mancha de un color pardo obscuro que puede persisitir durante varios meses; pero que desaparece al fin sin dejar rastro alguno.

La aparición de la reacción positiva depende de la falta de antitoxina en la

sangre del sujeto para neutralizar la pequeña dosis de toxina inyectada. Siendo así que 1/30 de unidad de antitoxina por c. c. de sangre es suficiente para neutralizar 1/50 de toxina, si el sujeto tiene menos de aquella cantidad, se produce en la piel, en el sitio de la inyección, una pequeña zona de inflamación que es lo que constituye la reacción positiva.

La intensidad de la reacción varía en diferente individuos: una mancha roja bien marcada indica ausencia absoluta de antitoxina en el sujeto y manchas más débiles en coloración señalan la presencia de muy pequeñas cantidades de antitoxina que no son suficientes para defender al individuo contra la Difteria,aunque sin duda lo protegen contra la toxemia intensa.

La presencia de esta reacción o *Schick-positivo* significa receptividad para la Difteria; por el contrario su ausencia o *Schick-negativo* indica inmunidad, de modo que por medio de esta sencilla "Prueba" podemos separar los inmunes de los no-inmunes.

En un número crecido de niños se manifiesta en el sitio de la inyección de la Prueba una zona enrojecida, casi con las mismas características que acompañan a la reacción de Schick; pero que se diferencia de ésta en los siguientes puntos: (*a*) aparece más pronto que la verdadera, (*b*) es menos circunscrita y más extensa, (*c*) desaparece por completo a los tres o cuatro días, a lo sumo.

Estas *pseudo reacciones* se notan principalmente en los niños de más edad y en los adultos. La "falsa" reacción se debe a una anafilaxia local provocada por la proteina del bacilo diftérico que se halla en el cultivo de que se obtiene la toxina.

Las falsas reacciones tienen importancia porque si se toman como verdaderas y los pseudo reactores son inyectados con la toxina antitoxina, pueden experimentar reacciones serias. De aquí que nuestra práctica invariable sea el aguardar al cuarto día en adelante para revisar los niños a quienes aplicamos la prueba de Schick y así estamos seguros de eliminar los pseudo reactores.

En New York se les administra al mismo tiempo y en igual sitio del otro antebrazo una prueba de control que consiste en una dosis algo más cargada de toxina que ha sido previamente calentada a 75° por diez minutos y diluida también en solución salina.

Nosotros hemos prescindido en absoluto de esta Prueba de Control por considerarla innecesaria, pues al cabo de alguna práctica y teniendo la precauciión de leer los resultados de las pruebas aplicadas, del cuarto día en adelante, no hay posibilidad de error.

Ya en posesión el mundo científico de este medio tan fácil de averiguar la inmunidad natural contra la Difteria, siguieron las investigaciones y experimentos para descubrir una inmunización más duradera que la que proporciona la aplicación de la suero-antitoxina y Von Behring en 1913 había empezado sus experimentos con las inyecciones de toxina neutralizada, aunque sin poder comprobar la inmunidad de los casos tratados; pero más tarde Park puso en práctica el uso de la mezcla de la toxina-antitoxina como inmunizante, comprobando, con la Prueba de Schick que una gran mayoría (el 80% más o menos) de los no-inmunes o Schick positivos adquirirán inmunidad mediante la aplicación de tres inyecciones de la mzecla de la toxina y antitoxina, dando así a la reacción de Schick su verdadero valor clínico.

Como la toxina diftérica es un veneno activísimo, para poder ser usada con

propósitos de inmunización es necesario empezar con dosis muy pequeñas y aumentar gradualmente en las sucesivas, cuyo proceder es muy lento y requiere, por otra parte mucha habilidad y paciencia y aún así no está exento de peligros. Los experimentos con los animales de Laboratorio realizados por Park, con mezclas de toxina y antitoxina comprobaron que la toxina podía ser neutralizada hasta hacrela inócua y sin embargo retener el poder de estimular el desarrollo de la antitoxina en la sangre.

La cantidad de toxina, en la mezcla que se usa para todas las edades, es como 400 veces la dósis mortal para un conejijllo de Indias, a la que se ha añadido suficiente antitoxina (como 4 unidades) para neutralizarla. Con la administración de un c. c. de dicha mezcla por la vía subcutánea, repetida una vez y otra con una semana de intervalo cada una, se obtiene el desarrollo gradual y progresivo de la antitoxina en el sujeto inyectado para producirle la inmunización.

Park y sus asociados, Zingher y Schroder, han intensificado y extendido ese trabajo de tal modo y con tan espléndidos resultados en la ciudad de New York durante la última década, que ellos creen y así lo afirman, que la Difteria habrá de desaparecer de tan populosa urbe dentro de pocos años.

En otras ciudades de la Unión y en Inglaterra y los Países Bajos se usa ya este método de Profilaxis y en todas partes con resultados altamente satisfactorios.

El porcentaje de individuos susceptibles a la Difteria según demuestra la Prueba de Schick, obtiene su máximo entre las edades de uno a cuatro años. La susceptibilidad es menor durante la segunda mtiad del primer año de vida y menor aún en los niños mayores, obteniéndose el mínimum de susceptibilidad en los adultos y en los bebés de menos de seis meses.

La siguiente tabla revela el promedio de susceptibles a distintas edades, de acuerdo con los resultados de la reacción de Schick:

Edad	*Promedio de susceptibles*
Menos de 3 meses	15%
De 3 a 6 meses	30%
De 6 meses a 1 año	60%
De 1 a 3 años	60%
De 3 a 5 años	40%
De 5 a 10 años	30%
De 10 a 20 años	20%
Mayores de 20 años	12%

La experiencia ha demostrado que los naturalmente inmunes permanecen así por toda la vida y que los susceptibles, una vez inmunizados y negativos al Schick, tampoco pierden la inmunidad adquirida.

También se ha comprobado por la experiencia que la antitoxina producida en la sangre por la inmunización activa se desarrolla despacio desde la primera inyección y aumenta gradualmente; pero nunca se desarrolla en cantidad de importancia ántes de las seis semanas después de la primera dosis y la mayoría la obtiene durante el segundo mes, habiendo algunos pocos que tardan hasta seis meses en obtener la inmunidad completa. Es importante tener esto en cuenta en las campañas anti-diftéricas motivadas por brotes epidémicos, cuando resulta fútil la inmunización por este medio, de los familiares y vecinos de los atacados de Difteria, si han estado realmente expuestos al contagio.

Una segunda Prueba de Schick practicada después de los seis meses de terminada la serie de tres inyecciones de toxi-

na-antitoxina es el único medio de comprobar la inmunidad y no debe declararse aningún niño inmune a la Difteria hasta que no dé reacción negativa al Schick.

Para los fines de una campaña de inmunización activa por medio de las inyecciones de la toxina-antitoxina, la población infantil en Puerto Rico puede dividirse en tres grupos, a saber:

I. Bebés de menos de seis meses de edad.

II. Niños de edad pre-escolar: 6 meses a 6 años.

III. Niños de edad escolar:
  (*a*) De escuelas graduadas: 6 a 15 años.
  (*b*) De escuela superior: 15 a 9 años.

Los del primer grupo son por lo general inmunes por inmunidad materna y una reacción negativa al Schick no puede tomarse como indicativa de inmunidad permanente.

El grupo II puede subdividirse en dos sub-grupos (*a*) niñitos de seis meses a dos años, en que la proporción de reactores es tan alta que puede omitirse la Prueba, administrándoseles las inyecciones de toxina antitoxina, sin previa reacción de Schick. (*b*) de 2 a 6años de edad. En este sub-grupo yo acostumbro y aconsejo aplicar la Prueba de Schick al mismo tiempo que se inyecta la primera dosis de toxina antitoxina, por las siguientes razones: 1ª El porcentaje de reactores es alto. 2ª La administración de la toxina antiotxina no produce reacciones locales ni generales siendo muy bien tolerada aún por los inmunes, y 3ª Se gana tiempo.

El grupo III debe siempre someterse a la Prueba de Schick y observarse cuidadosamente las reacciones eliminando los pseudo-reactores y administrándoles la inmunización completa a todos los susceptibles.

Este es el plan seguido por nosotros, el cual es una modificación o adaptación a nuestro medio del Plan Zingher en Nueva York, que divide la población infantil en cinco grupos y seis sub-grupos.

La aplicación de la toxina-antitoxina diftérica produce reacciones locales y generales, en un número de casos que varía según el grupo a que pertenezca el niño. Estas reacciones pueden ser simplemente locales o generales o combinadas.

La reacción local tiene diversas gradaciones: desde el ligero enrojecimiento de más o menos diámetro, casi indoloro, alrededor del punto de la inyección, que se asemeja, en algunos casos a una pseudoreacción de las ya descritas, hasta una verdadera inflamación dolorosa y tumefacta que cede, no obstante fácilmente a los fomentos astringentes o antisépticos usuales, no pasando de las 48 horas sin resolverse favorablemente.

La reacción general (o constitucional) se manifiesta sola o acompañando a la local, con fiebre moderada, cefalalgia. maroe y en alguno que otro caso trastornos del aparato digestivo. E ltratamiento es bien simple y siempre eficaz: reposo en cama, un purgante y dieta líquida. Ninguna de estas reacciones persiste más allá del tercer día.

Nosotros empezamos a usar la Prueba de Schick e inmunización activa combinadas, a fines del año 1923 en que fuimos designados por nuestro Comisionado para ese trabajo, el cual se ha venido realizando sin interrupción, en las escuelas públicas y privadas de la municipalidad de San Juan, durante los cursos escolares

y en los Dispensarios de Puericultura en los períodos de vacaciones.

Al principio tuvimos que luchar con no pocos obstáculos e inconvenientes y especialmente con la oposición y quejas de muchos padres. Nuestro plan primitivo de solicitar el permiso escrito de los padres o encargados, hubo de abandonarse, porque nos convencimos de que la mayoría de éstos son refractarios por idiosincracia a que se les haga nada a sus niños y no se toman la molestia de investigar el propósito que se persigue; pero una vez aplicada la Prueba de Schick sin solicitar su consentimiento y de explicarles luego, a través del mismo niño, lo que significa, consienten tácitamente a que se continúe el tratamiento, salvo rarísimas excepciones.

Hemos practicado ya varios miles de inmunizaciones y estamos ahora aplicando la Prueba para comprobar la inmunidad en algunos grupos que fueron inmunizados anteriormente, por lo que aún no tenemos cifras exactas; pero estamos anotando cuidadosamente el resultado. Podemos sin embargo adelantar que hasta ahora una gran mayoría de nuestros inmunizados por la toxina antitoxina dan reacción negativa de Schick, no alcanzando a un diez por ciento los que habrán de recibir una segunda inmunización.

Los resultados prácticos de este trabajo no pueden apreciarse todavía. Es un hecho cierto que la morbilidad por Difteria en San Juan ha decrecido notablemente en estos últimos años. En el año fiscal de 1924 al 1925 el número de casos reportados fué un 50% menor que el de los reportados durante el año inmediato anterior. Es indudable que, entre otras causas, ha tenido que jugar algún papel en este resultado nuestra campaña de inmunización de los niños de edad escolar y pre-escolar, controlada por la Prueba Schick.

La desaparición definitiva de dos focos de infección diftérica que existían en Santurce en dos planteles escolares, mediante la acción combinada de las autoridades sanitarias y escolares, haciendo obligatorias la Prueba Schick y la inmunización de los susceptibles y proveyendo a la investigación y tratamiento de los portadores, nos da la pauta para una campaña sistemática de control permanente de la Difteria en una comunidad dada, cuya campaña habría de realizarse sobre las siguientes bases:

(1) Organización de un núcleo central a cargo de personal competente que dirija y ordene la campaña. Este núcleo habría de actuar en forma autónoma, a la manera como se desenvuelven hoy los Negociados de Uncinariasis y de Prevención de Peste Bubónica.

(2) Propaganda por medio de anuncios, folletos y cartelones de sencilla redacción al alcance de todas las inteligencias.

(3) Propaganda oral en las Escuelas, Instituciones y en las Asambleas de las Asociaciones de Padres y Maestros a fin de interesar y obtener la cooperación de estos organismos.

(4) Cooperación de la clase médica.

(5) Investigación, aislamiento y tratamiento adecuado de los *portadores*.

(6) Inmunización activa de todos los niños de edad pre-escolar, bien a domicilio o por grupos o secciones en locales previamente designados.

(7) Prueba de Schick e inmunización de todos los niños susceptibles, en los Planteles escolares.

(8) Inmunización pasiva por el suero a dosis profiláctica, seguida de la activa a las cuatro semanas, de aquellos pocos

susceptibles que hayan estado en contacto directo con los casos de Difteria comprobados.

(9) Promulgación de un Reglamento sanitario por medio del cualse requiera un certificado de Inmunización contra la Difteria a todo niño que solicite ingreso en una Escuela. Para esto último sería necesario y conveniente obtetner la cooperación del Departamento de Instrucción.

NOTA FINAL A MANERA DE APENDICE

Ultimamente se ha descubierto en Francia por Ramón, del Instituto Pasteur, un nuevo método para obtener la inmunización activa, que promete ser superior en sus resultados a los que se obtienen con la toxina antitoxina, por cuanto que está exento de toda reacción y es un producto más estable pudiendo conservarse sin deterioro a cualquier temperatura.

Se trata de una sustancia que Ramón llama "anatoxina" que se obtiene mediante la acción del suero antidiftérico sobre la toxina produciendo cierta reacción específica que depende de la interacción de un antígeno con su anticuerpo.

Para profilaxis se usan dos inyecciones del producto: una de ½ centímetro cúbico y otra de 1 c. c. con ocho a 15 días de intervalo, lo que produce inmunidad en 90 a 95% de los casos en el transcurso de cinco a seis semanas y en 100% en el de dos meses de su aplicación.

Este descubrimiento si se perfecciona y es sancionado por la experiencia nos proporcionaría un mdeio de inmunización activa aun más definitivo y seguro que el de la toxina antitoxina.

LOS DISPENSARIOS COMO ARMA DE COMBATE CONTRA LA TUBERCULOSIS (*)

Por E. Martínez Rivera, M. D. F. M. A. S.
Médico del Negociado de Tuberculosis.

Importancia de los Dispensarios.

Prevalece por casi todo el mundo la errónea creencia de que el principal objeto de toda campaña antituberculosa debe ser la creación de sanatorios antituberculosos para el tratamiento de los casos incipientes o moderadamente avanzados de tuberculosis, y de hospitales para los casos avanzados o incurables. Tanto es así, que se ha llegado a asociar en nuestros cerebros, inconscientemente, las palabras tuberculosis y sanatorio, de tal modo, que casi automáticamente viene a nuestro pensamiento la imagen del sanatorio cuando hablamos o pensamos acerca de la tuberculosis o de esos enfermos. Y hemos admitido, tácitamente, estas instituciones como los únicos medios eficientes para combatir la tuberculosis.

Aún entre los que estamos convencidos de la curabilidad de esta enfermedad, hay quienes dán por sentado que para que una persona atacada de ese mal pueda curarse, es indispensable su ingreso en un sanatorio. Del mismo modo piensan esas personas que el único medio eficaz de evitar que los casos incurables sean una amenaza para la salud pública, es recluyéndolos en un hospital ad hoc. De manera pues, que para esas personas *la única manera* de combatir la tuberculosis consiste en levantar muchos sanatorios y hospitales: NADA MAS ERRONEO, NI MAS LEJOS DE LA VERDAD.

Me voy a permitir citar aquí, para corroborar lo dicho, lo que sobre este punto dice el Dr. Hawes (1) del Hospital General de Massachussets y de la Universidad de Harvard. Dice él a este respecto:

"Está comprobándose de una manera cada vez más terminante que el tiempo que un paciente emplea en un sanatorio u hospital, en el mayor número de las veces, *es solamente un factor*—y hay quien añade a ésto insignificante—*en el tratamiento adecuado de su caso.* Aún en los casos en que el paciente muere, el problema que él representa no está resuelto, pues tenemos que ocuparnos de sus familiares y de sus hijos. Para que el tratamiento en el sanatorio sea EFECTIVO, por lo tanto, y para poder hacer que el *tiempo,* la *energía* y el *dinero* invertidos en esos pacientes produzcan resultados satisfactorios, tenemos que añadir a nuestro equipo para combatir la tuberculosis *algo,* en el estado incipiente y curable de la enfermedad, que ayude al individuo a llevar a la práctica los métodos necesarios para su futuro bienestar cuando él abandone el sanatorio, y finalmente que se ocupe y vele por sus familiares mientras él está ausente del hogar. Y este *algo es el dispensario de tuberculosis.* Ha llegado el tiempo de que nos demos cuenta, reconozcamos y estimemos al *dispensario antituberculoso como una parte esencial* e *in-*

(*) Este es el primero de una serie de artículos en relación con la labor de los dispensarios en la campaña antituberculosa.

dispensable del mecanismo en nuestras manos para combatir la tuberculosis."

Fines que persiguen los Dispensarios.

Como la inmensa mayoría, no solamente de nuestro pueblo, sino de la humanidad entera, no tiene ni la menor idea de los fines que persiguen los dispensarios, siendo esto aplicable hasta a un gran número de aquellos para quienes es un deber estar bien enterados de la mision que todo dispensario debe perseguir, creemos oportuna la opinión que de ellos nos dá Calmette. (2) Dice él:

"El dispensario *es el instrumento esencial para la campaña social contra la tuberculosis...* Su misión consiste en buscar, atraer y guardar bajo su vigilancia aquellos entre los más pobres que están atacados o especialmente expuestos a una infección. *Allí se deben escoger los pacientes en mejores condiciones para recibir los beneficios del tratamiento en los sanatorios;* se hace cargo de los niños que están amenazados o atacados por la enfermedad estimulando su tratamiento adecuado en el campo o en instituciones apropiadas para ellos. Desde allí, pacientes peligrosos a la comunidad, son enviados a hospitales destinados para este género de casos."

Y Hawes (1) opina que "un dispensario apropiadamente administrado, es un lugar donde los pacientes pueden aprender los principios fundamentales de cómo vivir y proteger a sus semejantes, al mismo tiempo que sirve de curso suplementario ("*post graduado*") o "escuela de continuación" para los pacientes que retornan del sanatorio al hogar"...

Distribución y Radicación de los Dispensarios.

Admitiendo las anteriores manifestaciones como buenas, toca preguntarnos ¿dónde deben instalarse dispensarios antituberculosos? A lo que podemos contestar: en todos los grandes centros de población y, más aún, en todas las comunidades donde existe un número considerable de personas pobres o relativamente pobres, pues desgraciadamente, la tuberculosis es hermana gemela de la pobreza y caminan unidas por el mundo cegando la flor de nuestra juventud, esperanza única de los pueblos irredimidos, y llevando el dolor corporal a los hogares donde ya de sobra existen congojas espirituales que agobian a sus infelices moradores.

Hasta hoy en día el Negociado de Tuberculosis tiene establecido dispensarios en los siguientes pueblos: San Juan, Santurce, Ponce, Yauco, Juncos, Aguadilla, Mayagüez, Guayama y Coamo. Y se propone abrir otros en aquellas poblaciones que lo necesiten.

Uno de los más importantes factores en la cruzada contra la tuberculosis, a falta de dispensarios fijos o ambulantes, consistirá en clases y cursos especiales de propaganda desarrollados en otras instituciones de carácter sanitario. TENEMOS QUE EDUCAR LAS MASAS SI ES QUE QUEREMOS ESCAPAR DE LAS GARRAS DE ESTE MAL. IGNORANCIA Y POBREZA, he ahí las dos principales raíces por las cuales se nutre y fortifica esta horrible plaga que de tan cerca amenaza con destruir nuestro desventurado pueblo.

Labor de los Dispensarios.

Los atributos de los dispensarios son múltiples (3), (10), (17); enumeraremos los más importantes:

1.—El primer objeto de los dispensarios consiste en inspeccionar inteligentemente los pacientes bajo tratamiento e investigar los casos sospechosos, y al mismo tiempo en educar al público acerca de las reglas para prevenir y curar la tuberculosis.

Esta supervisión incluye no solamente tratamientos higiénicos y médicos, sino también enseñanzas y prédicas sobre las causas de la tuberculosis y los medios de prevenirla. Nuestros dispensarios no son centros dedicados única y exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de casos de tuberculosis: NO. SU MISION PRINCIPAL ES EDUCATIVA Y PROFILACTICA. Ellos son agencia de información gratuita en todas las materias relacionadas con esta enfermedad, y nuestras enfermeras van, como apóstoles de un nuevo credo, divulgando y diseminando información apropiada sobre tuberculosis de modo que el pueblo aprenda las ventajas de la prevención en relación con el terrible mal y la importancia de acudir, no donde *charlatanes, curanderos, espiriteros* y *otras formas de vividores* que explotan la credulidad pública, sino donde *médicos* capacitados que los examinen tan pronto presenten síntomas sospechosos y les expliquen la importancia de prestar atención a los primeros toques de alarma.

En los diez dispensarios del Negociado de Tuberculosis del Departamento de Sanidad (4) se celebraron durante el año pasado 17554 consultas de 9,661 pacientes. En años anteriores (11), (12), (13), (14), se realizó una labor similar.

Como parte del programa de propaganda, en los dispensarios se reparte gratis al público panfletos y hojas sueltas dando a conocer de un modo sencillo y claro las ventajas de "IR A TIEMPO DONDE UN MEDICO". (5), (6), (7), (8), (9).

Se les reparte también a los pacientes material profiláctico, gratuitamente, y se les enseña a usar este material para evitar la propagación de la enfermedad.

Vigilamos asiduamente las casas donde viven o sospechamos puedan desarrollarse o albergarse casos indigentes, necesitados o ambulantes. Un cuerpo de enfermeras graduadas, con preparación especial para llevar a cabo esta labor, visita las casas donde viven, no solamente los casos que vienen a nuestras clínicas, sino todo caso constatado o sospechoso de tuberculosis, que sea comunicado a nuestros dispensarios por el médico que lo asiste. El número total de visitas hechas durante este año por las enfermeras visitadoras (4) a las casas de los pacientes fué 25,562.

Los casos necesitados son referidos a las oficinas de la Agencia de Bienestar Social que sostiene el Departamento de Sanidad, para que ella a su vez resuelva el problema económico-social de dichos casos. Esa Agencia, así como sus trabajadoras merece y tenemos placer en expresársela nuestra más calurosa felicitación por su espléndida labor, y tiene nuestro profundo agradecimiento por la ayuda inteligente que prestan a nuestros enfermos.

También queremos aprovechar esta ocasión para decir a la clase médica en general que tanto nuestros dispensarios, como nosotros personalmente, estamos dispuestos a cooperar gratuitamente, en la forma en que fuese necesario, con cualquier compañero que solicite nuestros servicios o los de nuestras enfermeras, en relación con cualquier caso indigente de tuberculosis.

II.—El segundo objeto del dispensario es descubrir los casos de tuberculosis *temprano, cuando aún son curables.* Para esto es necesario que se hagan diagnósticos precoces y certeros de los casos incipientes.

Durante el año pasado (4) se descubrieron en los diez dispensarios de tuberculosis existentes en la isla, 3,097 casos incipientes o moderadamente avanzados de tuberculosis pulmonar, además de 591 casos avanzados.

Es un punto generalmente aceptado hoy en día, que la tuberculosis, es una enfermedad curable; y que la tuberculosis incipiente, bajo condiciones favorables, tiende a sanar; pero para asegurar esta curación el diagnóseico ha de hacerse a la más temprana oportunidad posible. Esto no solamente requiere exámenes de esputo, en unión a una historia detallada y clara, sino que también, cuando fuere necesario, pruebas de tuberculina, investigaciones roentgenoscópicas o roentgenológicas deben hacerse como partes del estudio general de los casos, de manera que podamos llegar a una conclusión terminante en cuanto al más temprano posible diagnóstico.

Y aunque es cierto que el tipo general de trabajo sobre diagnóstico y tratamiento de estos casos realizados por los médicos que no son especialistas en esta materia va paulatina pero gradualmente mejorando, también es cierto que la mayor parte no puede ser atendido por ellos solamente.

Muchísimos pacientes—en nuestro país la enorme mayoría de los atacados por la plaga blanca—no tienen recursos suficientes con que ir donde competentes que les digan la verdad de su enfermedad y les enseñen los medios de curarla y de no ser un peligro para sus semejantes. Los pobres insolventes forman más del 99% del total de la clientela de nuestros dispensarios y a esta clase de pacientes les estaría completamente prohibido, debido a su situación económica, el obtener los servicios profesionales de médicos que comprendan las ventajas y la importancia de un diagnóstico temprano, y que les enseñen las medidas profilácticas que deben usarse para no seguir diseminando la enfermedad.

A estos pacientes, repetimos, les sería imposible, debido a su penuria, ir donde hombres de conciencia que sean no solamente competentes, sino francos y sinceros con los pacientes y sus familiares y que, sin intereses bajos y rastreros y sin buscar el lucro de unos cuantos dólares mancillados por la forma en que son obtenidos, les digan la verdad del estado de su salud; informe que, a ser debidamente explicado, puede representar tanto, no solamente para ellos y sus familiares, sino para la comunidad en general.

III.—El tercer objeto de los dispensarios es el exámen de los niños que están especialmente predispuestos a que se desarrolle en ellos una tuberculosis por ser hijos, estar enparentados o en contacto directo con personas tuberculosas, así como también dar clases de higiene a estos niños sobre las medidas profilácticas más eficaces contra la tuberculosis.

El exámen detenido y cuidadoso, especialmente de los niños de edad escolar, constituye una gran parte de la labor de estos dispensarios.

Es con verdadero regocijo y satisfacción como queremos expresar nuestras sinceras gracias por la decidida y perfecta cooperación que hemos recibido de las autoridades a cargo del Departamento de Higiene Escolar Municipal de San Juan, Yauco y algunos otros pueblos, quienes hacen grandes esfuerzos por ayudar a prevenir la tuberculosis en los niños.

En nuestros dispensarios no solamente se examina a los niños que se hallan predispuestos a la tuberculosis, sino que también se les dá clases de "higiene personal" a todos los niños de las escuelas públicas cuyo peso es anormalmente bajo en más de un diez por ciento.

Quizás los datos (4) que a continuación nos permitimos citar den una idea más exacta de la labor que en este sentido se realizó el año pasado:

Total de niños pesados en todos los dispensarios	5,722
Total de niños que resultaron 10% o más bajos de peso	2,539
Total de niños examinados por los médicos	3,392
Total de niños sometidos a tratamientos especiales	1,791

Solo queremos añadir una palabra más en cuanto a la labor en relación con los niños.

Pensamos y firmemente creemos que esta es la parte más importante y la que más merece nuestra atención, pues ella será la que en el futuro más y mejores frutos permanentes ha de producir. La niñez es un símbolo, una promesa, una esperanza. Ella representa el porvenir, y de acuerdo como preparemos y cultivemos ese terreno virgen, serán los resultados que obtendremos; por lo tanto EVITEMOS LA TUBERCULOSIS EN LOS NIÑOS Y NO PASARA MUCHO TIEMPO SIN QUE DESAPAREZCAN LOS ADULTOS TUBERCULOLOSOS Y CON ELLO FINALMENTE LA TUBERCULOSIS EN GENERAL.

IV.—El cuarto objeto de los dispensarios debe ser el gestionar y facilitar el ingreso de casos de tuberculosis en sanatorios u hospitales, de acuerdo con el estado de la enfermedad en el paciente.

En este sentido nuestros dispensarios sirven de centro desde donde se trata de enviar a los sanatorios los casos que llegan a nuestra observación y que, por su naturaleza, son propios para recibir los beneficios de estas instituciones—cuando es posible obtener ingreso para ellos en las mismas—o a los hospitales cuando las condiciones del caso así lo exigen.

V.—Los dispensarios deben ser el conducto por medio del cual estemos continuamente velando por la salud de aquellos que han salido de los sanatorios, y pueden servir para ayudar a encauzar sus futuras actividades de tal modo que no resulten en una recrudecencia o renovación del mal contra el cual luchan, como tan amenudo, desgraciadamente, sucede.

En cuanto a esta supervisión de casos de tuberculosis *"curados"*, *"detenidos"*, o *"mejorados"* que salen de nuestros sanatorios, estamos dispuestos a cooperar por todos los medios posibles a nuestro alcance, para que los pacientes continúen llevando a la práctica las sabias enseñanzas y los métodos en que han sido instruídos en los sanatorios, con el fin de que permanezcan bien.

En relación con la obra de los sanatorios queremos hacer un pequeño paréntesis para decir de una manert clara a los que opinan que lo importante de una campaña antituberculosa es la creación de muchos sanatorios, que aunque es muy cierto que todavía necesitamos multiplicar muchas veces la cabida para enfermos en dichas instituciones en nuestro país, y aunque los sanatorios como arma de combate son necesarios, y tenemos fé y confianza en su papel en la lucha contra la tuberculosis, y aunque tienen para nosotros el mayor respeto y nos merecen la mayor consideración—no solamente nuestros sanatorios, sino todos los sanatorios o instituciones semejantes que se dedican a combatir esta enfermedad—la fé y la admiración no nos ciegan hasta el punto de que nos priven de comprender que, como ya han dicho muchas autoridades en esta materia, "el campo de utilidad de estas instituciones es limitado en extremo;" estamos altamente convencidos de que *"la suma del total de los beneficios producidos por todos los sanatorios del mundo entero, no es sino un pequeño grano de arena en las playas de nuestros esfuerzos, nuestras actividades y nuestros deseos,* que débilmente tratamos de poner como dique a ese furioso mar que nos amenaza."

Todos tendrán que convenir y reconocer que el saludable influjo de los sanatorios

está casi exclusivamente limitado al pequeño grupo de afortunados que allí reciben los beneficios de los constantes esfuerzos de la ciencia por vencer *la enfermedad ya desarrollada en ellos.*

Todos los que estamos verdaderamente interesados y queremos de todo corazón extirpar la tuberculosis de nuestros montes, nuestros valles y nuestras playas; los que deseamos ver libre de esa plaga a este girón de verdura que triste y mudo se columpia sobre las olas de un mar fosforecente, mar formado por las amargas lágrimas lloradas en las contínuas horas de infortunio y dolor, los que queremos contemplar nuestra isla, que vive como una cautiva princesa hilando el sueño de sus ilusiones y esperanzas, habitada no ya por un rebaño de infelices seres de cuerpos emaciados y minados por las enfermedades endémicas y de espíritus sin ambiciones altas y dignas, sino por indivíduos fuertes, viriles y sanos; los que sinceramente anhelamos ver reducida a la nada esta horrible "plaga blanca", nos hemos convencido y nos hemos dado cuenta hace tiempo de lo que han probado muchas autoridades (18) que "no hay sanatorio, o sistema de sanatorios por grandes, hermosos y buenos que sean, ni por bien dirigidos y equipados que estén, no importa su posición climatológica, su amplitud, sus facilidades de todo género, ni todos los adelantos que posean, *que sean capaces por si solos de resolver satisfactoria y definitivamente el problema de vencer y acabar con la tuberculosis.* Pues mientras la misión principal de los sanatorios, como ya claramente lo indica la propia palabra, es el sanar los ya lesionados, el fin primordial que debe perseguir toda campaña antituberculosa, si han de esperarse frutos provechosos y resultados tangibles de ella, debe ser EL ENSEÑAR AL PUBLICO LOS DIFERENTES METODOS POR MEDIO DE LOS CUALES PODEMOS EVITAR LA TUBERCULOSIS."

Sabemos que el apreciar la importancia de los dispesarios antituberculosos no es una cosa nueva, ya que hace años el valor de ellos en la lucha contra ese mal fué demostrada de una manera altamente enfática y clara en el Congreso Internacional de Washington en 1908, (16), (17) especialmente por hombres como R. W. Philip de Edinburg, padre de la idea de los dispensarios de tuberculosis y por Calmette, el precursor de la labor de los dispensarios antituberculosos francés. Consideramos la breve pero muy comprensiva descripción, que en ese Congreso nos diera Philip, de lo que es un dispensario de esta naturaleza muy apropiada para sintetizar lo que antes hemos dicho. Dijo Philip (16), (17).

"El dispensario es una institución central dedicada a la guía, inspección y auxilio de los tuberculosos pobres. Es un *negociado de información,* un "clearing house", un centro para la supervisión de los tratamientos domésticos. El eslabón esencial o el nudo que completa la cadena de las otras actividades para la prevención de la tuberculosis."

Y finalmente como tan acertadamente dice Hawes (1): *"Mientras en tiempos anteriores el "standard" de eficiencia de todo trabajo antituberculoso en cualquier comunidad podía ser judgado por el nú, mero de camas provistas para casos de tuberculosis en los sanatorios y hospitales, hoy en día ese "standard" puede ser más correctamente juzgado por el número y la excelencia de los dispensarios de tuberculosis en dicha comunidad."*

REFERENCIAS

1 Hawes, John B. "Tuberculosis and the Community, Lea & Febiger, 1922.

2 Calmette, Albert. "Public Measures in Prophylasis of Tuberculosis", presented at the International Congress held in Washington, D. C. in 1908 (Trans. of International Congress of Tuberculosis, Wash. 1908.)

3 "First Report of the Clinic for Pulmonary Diseases of the Health Department of the City of New York."

4 "Tercer Informe Anual del Jefe del Negociado de Tuberculosis del Departamento de Sanidad de Puerto Rico", Año Fiscal de 1925 a 1926.

5 "Defiéndase usted y defienda a los demás de la Tuberculosis", Publicado por el Negociado de Tuberculosis, autorizado por la Liga Antituberculosa de Puerto Rico.

6 "Algunos Consejos contra la Tuberculosis." Publicado por el Negociado de Tuberculosis, autorizado por la Liga Antituberculosa de Puerto Rico.

7 "Catecismo de la Tuberculosis". Negociado de Tuberculosis. Depto. de Sanidad de P. R.

8 "Aire Puro, el Mejor Tónico que existe." Negociado de Tuberculosis. Depto. de Sanidad de P. R.

"Tratamient ode la tuberculosis en el Hogar", por el Dr. Rodríguez Pastor, Jefe del Negociado de Tuberculosis, Dept. de Sanidad de P. R.

10 "Instrucciones sobre el Funcionamiento de los Dispensarios." Negociado de Tuberculosis. Depto. de Sanidad de P. R.

11 "Informe Anual." Correspondiente al año fiscal de 1923-24. Negociado de Tuberculosis.

12 "Report of the Bureau of Tuberculosis. Year 1924-25." (P. R. Health Review. Vol. 1 No. 12).

13 Coronas, E. "Estudio de la Tuberculosis en Puerto Rico." Bol. As. Med. Vol. XX. Num. 151.

14 Gutiírrez Ortíz, V. "Valor de los Dispensarios en la Campaña Contra la Tuberculosis." Bol. de la As. Med. de P. R. Vol. XX. Núm. 152.

15 Konpf, S. A. "Public Measures in the Prophylasis of the Tuberculosis." In Kleb's Tuberculosis. Appleton, 1909.

16 Trans. of International Congress. Wash. 1908.

17 Philip, Sir Robert. Tuberculosis: Modern Outlook on Prevention and Control. In Nelson's Loose-leaf Medicine. Vol. VII. Page 280-284.

18 Fishburg, Maurice. "Pulmonary Tuberculosis." Lea & Febiger, Pages 93-98.



PROPAGANDA PRO REFRIGERACION DE LA LECHE EN PUERTO RICO

(*Por el Dr. José Belaval.*)

Señores Compañeros:—Quizás extrañe a ustedes que yo un Tocólogo, me presente ante esta docta asamblea, a desarrollar el tema que acabo de enunciar, que tan de lleno cae en el dominio de la rama sanitaria de nuestro arte, y por ello, implico a ustedes que solo vean en este trabajo, un modesto pero decidido esfuerzo en pró de la salud pública.

No se ocultara a mi clara inteligencia, que en Puerto Rico la Tocología y la Pediatría están íntimamente unidas, y que por lo tanto a nosotros toca, iniciar a las madres jóvenes en el escabroso problema del cuidado y alimentación infantil. Problema, tan repleto de escollos y dificultades que pone a prueba constantemente nuestra capacidad y habilidad profesional. Por fortuna, nuestras madres modernas, gracias a la ilustración y educación adquiridas en estos últimos tiempos van descartando los consejos gratuitos de la vecina más cercana y requieren con más frecuencia cada día el auxilio profesional en el cuidado y alimentación de sus hijos.

De aquí que nosotros hallamos sentido mas de cerca, las consecuencias de la detestable calidad de la leche en Puerto Rico, llegando al pleno convencimiento de que en San Juan al menos, es absolutamente imposible, obtener leche de vaca que ofrezca suficiente garantía para la alimentación infantil. Ello nos ha obligado aun en contra de nuestra opinión, a utilizar preparaciones propietarias la mejor de las cuales es siempre deficiente en cualidades nutritivas, é incomparables a las de una leche de vaca pura y fresca; pero dichos alimentos, por lo menos, cuidadosamente preparados, no son culturas vivas de gérmenes morbosos, como lo es actualmente la leche que se expende en San Juan.

De otra parte es un hecho evidente, que por desgracia para nuestras futuras generaciones, la vida social moderna con todas sus exigencias y compromisos en nuestras clases elevadas; la deficiente alimentación y privaciones de nuestras clases pobres, y por último pero no menos importante nuestras modernas y ridículas modas, que inducen a las jóvenes a ocultar o disimular sus senos con braziers de goma y otros artefactos brutales, comprimiéndolos y reduciendo su riego sanguíneo hasta producir la atrofia del tejido grandular inutilizándolos para la elevada y noble función fisiológica a que están destinados, y por ende, privando a las futuras madres, del delicioso placer de amamantar a sus pechos al queridísimo fruto de sus entrañas. Hoy mismo un 70 por ciento de las madres puertorriqueñas, se ven obligadas a instituír la alimentación artificial en sus niños bien parcial o totalmente.

Demostrada la frecuencia conque tenemos que recurrir a la alimentación artificial, y siendo la leche de vaca el sustituto por excelencia de la leche materna, es de imprescindible necesidad que tengamos a nuestra disposición un producto de excelente calidad.

Ahora bien señores compañeros: ¿Creen ustedes que en un clima tropical como el nuestro, es posible obtener leche de vaca pura, que ofrezca suficiente garantía para la alimentación infantil, sin una efectiva clasificación y refrigeración? En cuanto a mí atañe, lo niego rotundamente. Leche de vaca sin refrigerar, es sinónimo a mi juicio de leche de pésima calidad e impropia para el consumo en los niños. Y en Puerto Rico no solo no obligamos a su refrigeración, sino, que su obtención y transporte se hace en condiciones detestables.

Todos ustedes señores que me escuchan, habrán tenido ocasión de observar el espectáculo que ofrece en las horas de la madrugada y tarde, el ejército invasor de vacijas de leche abolladas y sucias, colocadas de trecho en trecho en las orillas de nuestras carreteras, incubando a millones los gérmenes patógenos favorecidos por nuestro calor tropical. Allí esperan pacientemente el desvencijado y asqueroso vagón de transporte, que ha de conducirlas sigilosamente a nuestros pueblos y ciudades, a esparcir las enfermedades infecciosas entre nuestra indefensa población infantil, trayendo consigo el dolor y la desgracia a centenares de hogares en los que sonreía la felicidad.

Hace años, cuando se implantó la primer ley de Sanidad Insular, tocóme en suerte, ser oficial de sanidad de San Juan, y tuve ocasión de palpar muy de cerca el espantoso problema de la leche que nos preocupó hondamente; pero, en aquella época, la falta de rígidos reglamentos unida a la notoria escasez del producto, nos impidió llevar adelante una seria campaña, y tuvimos que contentarnos muy a pesar nuestro, con la calidad de leche que podíamos obtener que era por cierto muy lejos del ideal. Pero hoy día por fortuna, las circunstancias han variado mucho; este necesario líquido ha alcanzado precio tan fabuloso, que ha estimulado a los ganaderos, a importar grandes cantidades de ganado lechero de buena calidad, aumentando considerablemente su producción, y mejorando su calidad en cuanto a su composición química y así podemos ver en un informe del laboratorio Químico Insular, que solo un 11.31 por ciento de las muestras de leche recibidas para su exámen, han resultado alteradas durante el año económico del 24 al 25, mientras que en el ejercicio del 11 al 12 resultaron un 50½% adulteradas.

Esto prueba señores que el Departamento de Sanidad ha conseguido disminuír considerablemente las adulteraciones de la leche, pero en cambio nada ha hecho en el sentido de mejorar su contage Bacteriano, que en la actualidad alcanza cifras ciertamente increíbles según mas adelante veremos. Y digo que nada ha hecho, porque teniendo como han tenido en su mano los Comisionados de Sanidad, la facultad de exigir en Puerto Rico la refrigeración de la leche desde el año 1914 en que se publicó el Reglamento sobre la leche, esta es la fecha señores en que ninguno de ellos, ha creído aún llegado el momento oportuno para poner en vigor tan necesaria medida para llegar a obtener un producto con un contage bacteriano que siquiera se aproxime al límite que marca nuestro reglamento que ya de por sí es muy liberal en este respecto.

Yo no desearía bajo ningún concepto, ni en modo alguno, criticar las actuaciones del Departamento de Sanidad, al frente del cual se encuentran hoy día compañeros distinguidísimos y amigos muy apreciados, pero señores aunque ello sea muy doloroso para mí, creo que cumplo con un deber profesional y ciudadano al decidirme a tratar este asunto ante uste-

des, y necesariamente, la responsabilidad, de esta situación cae de lleno sobre el Departamento.

Yo soy un admirador del moderno impulso que se ha dado a la sanidad en Puerto Rico y creo que podemos felicitarnos de tener al frente de este Departamento hombres progresistas que han acometido valientemente al difícil problema de ensanchar los estrechos y rudimentarios límites a que estaba reducida la Sanidad en la isla, llevándola a su verdadero y moderno campo de acción, yo felicito de todo corazón, a estos brillantes compañeros por los esfuerzos que han realizado prestando su cooperación decidida a los servicios del bienestar social, estableciendo clínicas, para tuberculosos, para las enfermedades Sifilíticas y Venéreas, y Clínicas prenatales e infantiles; pero, no puedo menos, que darles una voz de alerta para que no se dejen arrastrar por las bellezas que ofrece un nuevo campo de acción sanitaria, olvidando alguno de mis principios fundamentales y al efecto me pregunto yo: ¿Qué beneficio práctico pueden rendir estas clínicas infantiles, si los abnegados compañeros al frente de ellas no pueden ofrecer a esas infelices criaturas, la base principal y mas necesaria para la manutención o recuperación de su salud, esto es, una leche de vaca pura y con un contage bacteriano dentro de los límites aceptables? y para ello precisa que nuestro departamento de Sanidad se decida a exigir de una manera obligatoria la debida refrigeración de la leche en Puerto Rico como complemento indispensable a las otras medidas ya puestas en práctica.

Señores compañeros es ciertamente sensible que un país como el nuestro, un país en el que tenemos dinero para construír un gran Leprocomio, un lujoso manicomio, un espléndido Sanatorio Antituberculoso, que vamos a construir, una penitenciaria modelo, que estamos levantando un majestuoso Capitolio, y hasta una escuela de Medicina Tropical que nos darán a no dudarlo brillo y realce; y sin embargo, nuestros legisladores han olvidado lamentablemente a la niñez desvalida, y ¿porqué? Voy a decirlo sin rodeos de ningún género. Porque el Tuberculoso proclama su triste enfermedad por doquiera porque el Leproso padece un mal ostensiblemente asqueroso y es necesario recluírlo; Porque los Sifilíticos están de moda desde el advenimiento de la reacción de Wasserman y el 606. Porque los locos con sus gritos estentóreos molestan la paz pública, y hasta los presidiarios protestan virilmente de las condiciones actuales del presidio, por eso se oye a todos esos porque clamorean sus penas. En cambio a los pobres niños, esas infelices criaturas, cuyos débiles gemidos no trascienden al público, esos, esos sufren sus males y sus miserias en el silencio del hogar sin nadie mas que sus pobres madres para compartir sus dolores y sus penas. Precisa pues señores compañeros, que nosotros que tan de cerca palpamos esas desgracias, alcemos todos nuestras voces y al unísono, pidamos a nuestros legisladores, que en el reparto del botin insular, recuerden alguna vez, a esa inocente población infantil que tan sobrecargada tiene nuestra estadística de morbilidad y mortandad; que no olviden que si alguna institución pública es de urgente necesidad en Puerto Rico, es un verdadero hospital sanatorio para niños, donde puedan recibir debida atención médica y una alimentación apropiada, que los ponga en condiciones de regenerar sus fuerzas vitales y convertirlos en niños sanos y robustos.

Admito señores que me he desviado por un momento del objeto principal de

este trabajo, pero es que el problema de la infancia es tan complejo y atractivo, que apenas tocamos alguno de sus puntos inconscientemente nos deslizamos entrando de lleno su discusión general.

Volvamos nuestros pasos atrás y estudiemos las propias estadísticas del Departamento de Sanidad y veremos como ellas se encargan de demostrarnos la veracidad de nuestras afirmaciones.

En el No. 4 del Porto Rico Health Review, órgano oficial del Departamento de Sanidad, nos encontramos una estadística del Laboratorio Químico que es por demás interesante, ella nos enseña que de 2883 muestras de leche examinadas durante el año económico del .24 al 25 han resultado adulteradas un 11.31% del total, que es el percentaje de adulteraciones más bajo de los últimos 24 años, habiendo alcanzado hasta la enorme cifra del 50½% en el año del 10 al 12.

Si observamos que en este año fué puesta en vigor la nueva ley para castigar la adulteración de la leche, veremos, que el tanto por ciento de adulteraciones, decreció enseguida a un 26.60% en el año del 11 al 12; a un 20.60% del 12 al 13, hasta un 11.90% del 13 al 14 de aquí en adelante vuelve a subir con ligeras variantes a un promedio de 23.63% en los nueve años consecutivos, hasta el año económico del 23 al 24 que baja de nuevo a un 14.22% y del 24 al 25 a un 11.31%.

Estas observaciones nos ponen de manifiesto claramente, que al implantarse la nueva ley, el Departamento se encontró ante la abrumadora cifra de adulteraciones de leche y emprendió una verdadera cruzada en contra de los infractores a la ley, consiguiendo reducir en 3 años el porcentaje de adulteraciones a un 11.90%; pero, se conoce que por razones que ignoro, decayeron los bríos, disminuyó la actividad de la campaña e inmediatamente vuelve a subir el porcentaje de adulteraciones hasta los años 24 y 25 que desciende de nuevo a la cifra del 11.31% merced indudablemente a una renovación de la actividad.

¿Qué significan estas cifras, señores? Que está absolutamente en manos del Departamento de Sanidad el mejorar nuestra calidad de leche, inspeccionando frecuentemente el ganado lechero, mejorando las condiciones sanitarias de los establos, y activando sus campañas contra de los criminales adulteradores del producto, pero hay más aún, estas campañas no deben ser espasmódicas, sino persistentes y permanentes sin consideraciones para nadie, y *sobre todo deben extenderse en el sentido de hacer obligatoria y efectiva, la refrigeración de la leche* y digo esto, porque si bien necesitamos un producto puro y sin adulterar, no es menos cierto también que este producto continuará siendo una amenaza para la salud pública, en tanto el Departamento no consiga reducir a cifras admisibles el contaje bacteriano de la leche, que en la actualidad ha alcanzado cifras increíbles. Así vemos que en 25 contajes bacterianos practicados por el Laboratorio Biológico durante el año en curso el contaje más bajo ha sido el de 300.800 bacterias por c. c. y el más alto, asómbrense Uds. señores compañeros, 20.-140 bacterias con promedio en el total de 3.213.581 bacterias por c. c.

No es pues razonable y lógico que con una leche de tan pésima calidad nuestra morbilidad y mortalidad infantil permanezcan tan alta año tras año. Lo que yo no acierto a comprender es ¿cómo esos frágiles organismos pueden resistir y destruír en su débil economía la enorme invasión bacteriana que con cada biberón ingieren. Créanme señores, el problema de la alimentación infantil en Puerto Rico es pavoroso, para nosotros a los que toca

en suerte tratar un gran número de niños y sabiendo por experiencia que en todos y cada uno de los casos en que nos vemos obligados a instituír la alimentación artificial nos espera un verdadero via crucis, y ello nos decidió a presentar ante esta ilustrada asamblea este magno problema, que necesita una pronta resolución. Para concluir resumiremos nuestros puntos de vista.

1o.—Que la lactancia materna va disminuyendo notablemente y por ende la alimentación artificial se hace más frecuentemente necesaria.

2o.—Que la leche de vaca pura, fresca, con un contaje bacteriano dentro de los límites aceptables y modificada convenientemente, es el sustituto por excelencia de la leche materna.

3o.—Que la leche de vaca tal cual se obtiene y transporta hoy día, anunciándose pura, su contaje bacteriano es por lo general tan alto, que de por sí constituye una amenaza para la salud de los niños.

4o.—Que la pésima calidad de nuestra leche es responsable en gran parte por nuestra alta morbilidad y mortalidad infantil.

5o.—Que el Departamento de Sanidad ha librado verdaderas campañas y ha conseguido evitar en gran parte la adulteración de la leche pero mantenemos primeramente la opinión, de que en un clima tropical para obtener leche de vaca que ofrezca garantías absolutas para la alimentación infantil LA REFRIGERACION OBLIGATORIA DEL PRODUCTO, SE IMPONE y es deber ineludible del Departamento de Sanidad hacerla efectiva.

EXTRACTOS

Por Esteban García Cabrer, M. D.

Gonococcia Cutánea de Tipo Intertrigzoide:—Dr. Montpellier (Ann. de Maladies Veneriennes, Nov. 1925). La paciente presenta una parakeratosis típica, psoriasiforme con localización en los pliegues de los senos y muy marcada en la axila derecha. La enferma confiesa su costumbre de realizar el pseudo-coito con la axila derecha. Examinado en un frotis el exudado re la lesión, se observa una abundante flora microbiana en la que abundan parejas de cocos en forma de granos de café, todos extracelulares, que presentaron los caracteres morfológicos, culturales y rintoriales del gonococo. El autor ante este caso concreto y terminante se pregunta si el todo de los diversos exantemas que pueden observarse en el curso de una blenorrajia y al lado de la keratosis de Jacquet Chauffard y sobre todo de las epidermitis verrucosas gonococicas de Gourgeroty Clara, habrá que admitir este nuevo tipo de gonococcia cutánea de aspecto intertrigzoide.

Dr. G. C.

Tratamiento rápido y eficaz del prurito vulnar. Dr. Horno Alcorta (Clínica y Laboratorio, Dic 1925.)

El fracaso de tanta terapéutica en el prurito unas veces es debido a falta cuidadosa en la exploración diagnóstica y otras por errores en la apreciación de las causas mismas. El autor ha utilizado el *afenil* en nueve casos, seguidos todos de verdadero éxito. Practica una inyección intravenosa de 10 cc. de afenil cada 48 horas hasta lograr la desaparición del prurito lo cual se obtiene, después de 5 o 6 inyecciones. Desde la primera inyección la mejoría es marcada. Jamás presenció Horno Alcorta accidente alguno.

Dr. G. C.

Tratamiento de la Urticaria Alimenticia por la Pancreatina.—Dr. Legrant (Sociedad de Medicina de París, 20 de Octubre de 1925.)

El autor ha comprobado, ha obtenido, después de un estudio perseverante y cuidadoso, esta observación categórica: la urticaria alimenticia es producida por una insuficencia pancreática. Es de indicación precisa, pues, la pancreoterapia. Hecha esta terapéutica administrando pancreatina al comienzo de los accidentes, se obtienen siempre resultados constantes y el éxito es rápido y completo.

Dr. G. C.

Sobre Sífilis Conyugal.—Dr. Sainz de Aja (Sociedad Española de Dem y Sif. Sesión de Enero 8 1926.)

Se trata de exponer la pauta que ha seguido en estos casos. Sabidas son las reglas que se deben seguir en la sífilis antes del matrimonio; más el problema consiste cuándo el marido adquiere la sífilis, pues es relativamente fácil prohibir las relaciones sexuales durante dos o tres meses, pero el sujeto vuelve al fin a rea-

nudar la vida matrimonial: parece un contrasentido, pues nadie permitiría la boda de un sifilítico a los tres meses del chancro, y en los casados hay que consentirlo.

Dr. G. C.

Descubrimiento de la Estátua de un Perro

En el Parque Central de Nueva York se descubrió hace poco una estátua de bronce erigida a Balto, el perro que guiara el trineo de Gunner Kassau a Nome, Alaska, hace cosa de año y medio. En la lápida aparece esta inscripción: "Dedicada al indomable espíritu de los perros que condujeron la antitoxina mil kilómetros a través del áspero hielo, las tormentas árticas y aguas traicioneras, desde Nenana para aliviar a la agotada Nome, en el invierno de 1925." Balto estuvo presente en la ceremonia.

Muerte de un Profesor

Ha fallecido en Edenburgo el Dr. Arturo Robertson Cushuy, profesor de Farmacología y terapéutica de aquella Facultad y autor de varios trabajos y libros de texto de farmacología y materia médica.

El Profesor Unna, filarmónico.

Hace algunos días se celebró el setenta y cinco aniversario del Profesor Unna de Hamburgo. Organizáronse diferentes actos y entre uno de estos el profesor Unna interpretó magistralmente al violoncello el quinteto de Schubert.

UN PROBLEMA QUE DEBE RESOLVERSE

Por el Dr. José Rodríguez Pastor.

Hay un problema importantísimo, vital, en Puerto Rico como en el resto del orbe, a cuya solución es ya tiempo de que se concentren las energías de toda comunidad sensata, porque tras el problema hay un peligro de magnitud incalculable, que por parecer lejano apenas se ha previsto y apenas se ha tratado de abordar.

Me refiero al problema y al peligro de la *amencia*. No tengo estadísticas sobre la difusión de esta plaga mental en Puerto Rico ni en la América latina, pero no hay duda de que el percentaje de anomalías mentales en nuestros países es lo bastante crecido para justificar la alarma de aquellos ciudadanos que aprecian el futuro de la patria y de la raza.

La amencia, de acuerdo con la definición adoptada por el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Inglaterra, es "un estado de defecto mental debido al incompleto desarrollo del cerebro, a consecuencia del cual la persona afectada es incapaz de llenar sus deberes como miembro de la Sociedad en la posición social en que ha nacido." En otras palabras, una persona afectada de amencia es un mueble inútil a la comunidad, con el agravante de que su condición es hereditaria, esto es, se trasmite a su prole, constituyendo así el degenerado un peligro constante para la sociedad que lo mantiene, sin mencionar que el estado de insuficiencia mental que sufren estos individuos los hace descender con facilidad hasta el caos del vicio y la corrupción, por lo que de entre sus filas salen más de 98 por ciento de los criminales habituales, los borrachos incurables, las prostitutas, los fanáticos desesperados, y los locos, carga onerosísima de toda comunidad.

Las personas que sufren de amencia son siempre niños, aunque sean viejos. A cierta edad en la niñez, en cierta etapa de su desarrollo, el cerebro se estaciona; y mientras el esqueleto y los órganos crecen, y aún envejecen, el centro de la mente no pasa de la temprana edad en que se estaciona su desarrollo. Así, pues, para la ciencia, el amente de cuamenta años es un niño con barbas, que podrá tener doce, cuatro, o tal vez dos años de edad mental de acuerdo con la época en que el cerebro cesó en su evolución. Estos niños se clasifican en tres grupos:

1.—Los idiotas, cuya edad mental rara vez pasa de 2 años.

Estos niños son incapaces del más sencillo esfuerzo mental, no saben distinguir colores, no pueden aprender a contar, y no pueden vestirse o bañarse sin ayuda; muchos de ellos nunca pueden expresar sus pensamientos, a menos de que no sean los más rudimentarios, y viven en una especie de vacío mental, casi podría decirse en una especie de sueño, del que jamás despiertan; no saben nada, no entienden nada, no pueden hacer nada.

2.—Los imbéciles, cuya edad mental alcanza por promedio unos cuatro años.

La apariencia clínica de estos niños es particularmente característica: La complexión es de color azuloso, debido a la deficiente circulación; la piel es ordinaria, y a veces despide un olor peculiar que se considera patognóstico. La posición del niño no deja de asemejarse a la de un orangután; medio encorvado y con los

brazos colgando con descuido, como si estos fueran apéndices inútiles. Las orejas son grandes, y a veces desiguales; la nariz, chata; los dientes, por lo común irregulares; la mirada, estúpida. Andan con notable torpeza, y no pueden correr mucho, y, aún así, se caen a cada momento en la carrera. Su insuficiencia mental es muy notable, pues sus alcances no pasan jamás de los de un niño de 4 años.

3.—La tercera clase, que es la más peligrosa, por ser la más común y difícil de discernir es la de los tontos (morons or fools). Estos niños no pasan por lo regular de los doce años de edad mental. Podrán tener, como dije antes, 40 años en el mundo, pero mentalmente aún son niños de 12 años, y como tales los clasifica la ciencia. ¡Cuántos hombres y mujeres (o tal vez mejor niños y niñas) en Puerto Rico y fuera de Puerto Rico padecen de este peligroso estado de amencia, y, andan, sin embargo, por las calles, libres, no sospechados, constituyendo una amenaza contínua para la sociedad. ¡El borracho consuetudinario, el "muchacho loco", alegre, irresponsable, casquivano, que pasa la vida en una eterna orgía; la mujer histérica y chismosa, que pelea por el gusto de hacerlo; el hombre holgazán, inepto, incapaz de un esfuerzo mental; el fanático religioso o político: todos estos tipos tan comunes en nuestra sociedad, son con mucha frecuencia, eternos niños de 12 años, amentes imposibilitados por la Naturaleza para las normales funciones de la vida social, que se toleran, se sufren como cargas onerosas en toda comunidad, bien poco sospechando la amenaza que representan. Ellos contribuyen, dentro de su número, la mayor parte de los criminales que llenan nuestras cárceles. Con la prole que engendran se perpetuan en nuestros publos el vicio, la miseria física, y la insuficiencia mental. El peligro para la sociedad es inconmesurable. Un pueblo donde se permite sin freno alguno la multiplicación de los degenerados, no puede continuar eternamente siendo un pueblo de ciudadanos inteligentes y responsables. La nueva ciencia de la Eugénica ha propuesto el remedio; y así, en muchos de los estados norteamericanos, se inutilizan los degenerados mentales para la reproducción por medio de una operación quirúrgica sencillísima.

La solución del problema de la amencia en Puerto Rico recae sobre el cuerpo legislativo, el cuerpo médico, el Departamento de Instrucción y las sociedades particulares de la isla. Demás está decir que la cooperación del público y de la prensa es esencialísima, lo mismo en éste que en todos los demás problemas de carácter social. Con la cooperación de estos elementos las siguientes medidas, que darían por resultado la solución del problema, podrían llevarse a cabo.

1.—Establecimiento de institutos apropiados para la internación de los amentes.

2.—Establecimiento de escuelas especiales para los niños retrasados.

Exámen de estos niños por médicos competentes, para designar la causa del retraso, y si esta fuese de carácter permanente, reclusión de los niños así afectados en instituciones donde pudiesen ser atendidos en un medio ambiente apropiado a sus alcances, para beneficio de ellos mismos y de la comunidad.

3.—Esterilización (por medios quirúrgicos) de todos los criminales habituales y demás degenerados incurables cuya reproducción pudiese constitutír una amenaza para la sociedad.

La solución del problema de la amencia es a la vez una medida de protección propia y de caridad cristiana. El idiota, el

imbécil y el tonto no tienen mas culpa de su condición, de la que podrían tener un epiléptico o un loco. Son víctimas de la Naturaleza, despojos de una herencia mezquina y de su mal solo a Dios o a los muertos puede culparse. La sociedad, que tan presta se muestra a condenarlos, debe ofrecerles, no la cárcel y el desprecio, sino la protección y el amparo que merecen los débiles.

En Puerto Rico no hay una sola institución para albergar niños degenerados. Por nuestras calles pupulan niños idiotas e imbéciles, que han de ser los criminales y los pordioseros del mañana. He aquí un problema cuya solución debe preocupar a todos los Congresos del Crímen que en adelante se celebren.



SOME REACTIONS OF THE MEDICAL PRESS TO THE SMOOT BILL

The Smoot Bill was introduced April 19, 1926.

The Journal of the American Medical Association, May 8, published a long and scathing review of the bill; it says;

State Medical associations, county medical societies, and physicians may well communicate their views with respect to this bill to the President, the Secretary of the Treasury, the Committee on Finance of the Senate, and the Committee on Ways and Means of the House of Representatives, and to their respective senators and representatives."

The Illinois Medical Journal, June, suggests that individual members of the profession write the members of the Committee of the U. S. Senate and get busy with local legislators and congressmen. It calls on doctors to rebel against the practice of medicine by politicians and laymen, and reproduces the resolution of the White Cross.

California and Western Medicine for June has a long and carefully written article on the subject of irresponsible regulation and says, "Get it out of the hands of the tax collecting Bureau." This California article for June is preceded and followed by like long articles in their May and July issues.

The American Medical Sentinel, Portland, Oregon, for July, under caption of "The Narcotic Law" says, "too much arbitrary power is given to collectors (of federal revenue)."

American Medicine of New York City, June, "Map out a logical course dictated by knowledge, experience and common sense, and then predict that the one course diametrically opposite to this will be the one the legislators will inevitably take. The new proposal regarding the Harrison Act makes it manifest that this is a fair and unprejudiced estimate of the legislative mind."

The Journal of the Iowa State Medical Society, July, reproduces the White Cross resolution and calls on doctors everywhere to support it.

The Medical Journals of Brooklyn are speaking in the same tone.

The National Association of Retail Druggists says, "they are in thorough accord with the White Cross and feel sure that the American Medical Association will sympathize with the resolution they have adopted against the Smoot Bill, and will exert its very best efforts to the same end."

These are only a few expressions which happened to come before us. Doubtless the Medical press everywhere is saying or will shortly be saying the same things. They cannot possibly talk any other way when they realize the situation.

The following resolution was adopted by the White Cross, Seattle, July 14, 1926:

"WHEREAS, there was introduced in the Senate of the United States on April 19, 1926 a bill (S. 4085) to strengthen the Harrison Act of December 17, 1914, as amended; and

WHEREAS, it would seem desirable

for the Congress of the United States, in connection with the consideration of such proposed amendatory legislation, and before any new legislation is enacted, to review the field of narcotic regulation with a new to adopting legislation which which will conform the regulation of such trade to the situation as developed by such an investigation.

NOW, THEREFORE BE IT RESOLVED that the White Cross, Inc., request Honorable Roed Smoot, a member of the Senate and Honorable Stephen G. Porter, a member of the House to obtain a federal investigation by a Committee to be appointed for that purpose, of the narcotic situation in this country, with a view to obtaining a better understanding of the narcotics evil, and the adopiton of such legislation as such an investigation will suggest."



THE WHITE CROSS

International Anti-Narcotics Society

541-543 Henry Building SEATTLE, WASHINGTON, *U. S. A.*

August 10, 1926.

Editor

BULLETIN OF THE PORTO RICO MEDICAL ASSOCIATION,

San Juan, P. R.

Dear Sir:

The White Cross is convinced that narcotic addicts are sick people who need the care of physicians like other sick people. May we invite your attention to the Smoot Narcotics Bill (s. 4085) and the identical Green Bill, and to their effect on the medical profession, if they are passed by Congress.

Physicians have for years been hampered beyond endurance by arbitrary regulations whose slightest violation is punished with fines and imprisonment often making it impossible for honest doctors to treat narcotic patients. An even worse result is the creation of organized armies of drug peddlers to whom the addict is forced to go when his doctor is not allowed to give him care.

These restrictions are no part of the law. The Harrison Drug Law expressly provides that its limitations on dealers should not apply to physicians in their regular professional practice. The restrictions are simply Revenue Bureau measures. While issued under color of carrying the law into effect, and doubtless with good intentions, they have reversed the intent of Congress and filled doctors with dread of prosecution until they dare not act.

The United States Supreme Court has recently declared some of these regulations unconstitutional. The Revenue Bureau, lest its unwarranted power should slip away, has now come out openly and introduced these new bills, inflicting the extreme penalty on doctors who dispense narcotics unless to a patient in hospital. It is almost incredible that a Bureau whose sole function is collection of revenue should assume to say that it and it alone is competent to direct American physicians in the practice of their profession. Moreover, if these bills become law it will not only bind the doctors hand and foot as regards narcotics patients, but it will open the way to still further invasion of the freedom of the medical profession. Why may not the Revenue Bureau go ahead and forbid calomel? Why not forbid quinine?

The United States is the only nation imposing such restrictions. In Great Britain the Ministry of Health in a recent official publication deprecates even the registration of addicts as "impairing the confidential character of the relation between doctor and patient."

Many medical journals are already calling on physicians and medical societies to register their protests with their Congressional representatives. Enclosed is a memo of some expressions that have come to our hand. Quite possibly you also have already spoken to the subject in your journal, but even so may we not ask you to continue still further your protests? These bills introduced with the prestige of the Revenue Bureau, and backed up by sinister outside influences, will undoubtedly be rushed through Congress in December unless strong and organized opposition overcome them.

Very truly yours,

WM. K. McKIBBEN,
Executive Secretary
The White Cross.

TENTATIVE PROGRAM
INTER-STATE POST GRADUATE ASEMBLY OF NORTH AMERICA CLEVELAND, OHIO.

General Headquarters for all scientific sessions and Exhibits, Municipal Auditorium.

Hotel Headquarters: Hotel Cleveland. On October 15th. and 16th. there will be pre-assembly clinics in the hospitals of Cleveland.

FIRST DAY.
Monday, October 18th.
7 A. M.

1.—Diagnostic Clinic (Medical).

Dr. Campbell P. Howard, Prof. of Medicine, McGill University Faculty of Medisine, Montreal, Canada.

2.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Dr. George l. Crile, Cleveland Clinic, Ohio.

3.—Diagnostic Clinic (Medical).

Dr. Friedrich Mueller, Prof. of Medicine, University of Munich, Munich, Germany

4.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Dr. Clarence L. Starr, Prof. of Surgery, University of Toronto. Faculty of Medicine, Toronto, Canada.

Gynecological Symposium

5.—Diagnostic Clinic and Address.

Cases of Uterine Fibroids. "The Rational Treatment of Tubal Disease".

Dr. C. Jeff Miller, Prof. of Obstetrics and Clinical Gynecology, Tulane University, New Orleans, Louisiana.

6.—Diagnostic Clinic and Address.

Pelvic cases. "Pelvic Infections."

Dr. F. W. Marlow, Associate Prof. of Gynecology, University of Toronto Faculty or Medicine, Toronto, Canada.

INTERMISSION
Review Exhibits.

7.—Diagnostic Clinis and Address.

Pelvic cases. "Displacement of Uterus and Vaginal Walls."

Dr. Howard C. Taylor, Prof. of Clinical Gynecology, Columbia. University School of Medicine, New York, New York.

8.—"The Contrasting indications for Surgery and Radiation in the Treatment of Tumors of the Uterus."

Dr. J. O. Polak, Prof. of Obstetrics and Gynecology, Long Island College of Medicine, Brooklyn, New York.

9.—"New Researches concerning Cyclic Processes in the Female Genital Organs."

Dr. A. H. M. J. Van Rooy, Prof. of Obstetrics and Gynecology, University of Amsterdam, Amsterdam, Holland.

10.—"Uterine Hemorrhages; Causes and Control.

Dr. Albert Doderlein, Prof. of Obstetrics and Gynecology, University of Munich, Munich, Germany.

AFTERNOON SESSION
1 P. M.

Problems of Child-Bearing-Symposium.

11.—"Sterility, Abortion and Miscarriage."

Dr. Barton Cooke Hirst, Prof. of Obstetrics, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania.

12.—"Certain Important Medical Complications of Pregnancy".

Dr. William W. Herricn, Associate Prof. of Clinical Medicine, Columbia University School of Medicine, New York, New York.

13.—"Indications for Cesarean Section."

Dr. Arthur H. Hill, Prof. of Obstetrics, Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio.

14.—"Surgical Complications of Pregnancy; Appendicitis; Tumors of the Uterus; Tumors of the Breast; Hyperthyroidism; Acute Ileurs."

Dr. George W. Crile, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio.

INTERMISSION

Review Exhibits.

15.—"Pyloric Stenosis in Infants."

Dr. Richard W. Bolling, New York, New York.

16.—"Problems of Infant Feeding".

Dr. H. J. Gerstenberger, Prof. of Pediatrics, Western Reserve University School Medicine, Cleveland, Ohio.

17.—"Nephritos."

Dr. Friedrich Mueller, Prof. of Medicine, University of Munich, Munich, Germany.

18.—Adress in Pediatrics.

Dr. N. Gurgel, Prof. of Medical Pediatrics and Child Hygiene, Faculty of

Medicine University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil.

EVENING SESSION

7 P. M.

Cancer-Symposium.

19.—"Carcinomata of the Buccal Cavity."

Dr. Joseph Bloogood, Associate Prof. of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

20.—"Is Cancer the Result of an Infectious process?"

Dr. Francis C. Wood, New York, New York.

21.—Demonstration of the Growth of Tissue by means of moving pictures.

Dr. Alexis Carrel, Rockefeller Institute, New York, New York.

22.—"End Results of the Treatment of Cancer and the Factors determining them."

Dr. Robert Greenough, Assistant Prof. of Surgery, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

SECOND DAY
Tuesday, October 19th.
7 A. M.

1.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Mr. David P. D. Wilkie, F. R. C. S., Prof. of Surgery, University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland.

2.—Diagnostic Clinic (Medical).

Dr. Henry A. Christian, Prof. of Medicine, Harvard Medical School, Boston Massachusetts.

3.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Sir William I. De Courcy Wheeler, Dublin, Ireland.

4.—Diagnostic Clinic (Medical).

Dr. A. Simonena, Prof. of Medicine, University of Madrid, Madrid, Spain.

5.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Dr. Dean D. Lewis, Prof. of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

6.—Diagnostic Clinic and Address.

Abdominal cases. "Acute Abdominal Lesions."

Dr. John F. Erdman, Prof. of Surgery, New York Post Graduate School of Medicine, New York, New York.

INTERMISSION
Review Exhibits.

7.—Diagnostic Clinic and Adress.

Rectal and Colon cases. "Carcinoma of the Rectum and Colon."

Dr. Daniel F. Jones, Boston, Massachusetts.

8.—"Dilatation of the Duodenum."

Mr. David P. D. Wilkie, F. R. C. S., Prof. of Surgery, University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland.

9.—"Surgical Indications and End Results of Operations for Ulcer of the Stomach."

Sir William I. De Courcy Wheeler, Dublin, Ireland.

10.—"Surgical Indications and End Results of Operations of Cancer of the Stomach."

Dr. Donald C. Balfour, Prof. of Surgery, University of Minnesota. Graduate School of Medicine (Mayo Clinic) Rochester, Minnesota.

11.—"Intestinal Toxemia."

Dr. Mariano R. Castex, Prof. of Clinical Medicine, National University of Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

AFTERNOON SESSION
1 P. M.

12.—"Medical Treatment of Ulcer of the Stomach."

Dr. Franklin W. White, Boston, Massachusetts.

13.—"The Indications and Contra-indications for Surgical Interference in cases of Duodenal Ulcer."

Dr. Campbell P. Howard, Prof. of Medicine, McGill University Faculty of Medicine, Montreal, Canada.

14.—"The Achlorhydria group of Disturbances." (Presentation of cases.)

Dr. Henry A. Christian, Prof. of Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

15.—"The Postmortem."

Dr. Howard T. Karsner, Prof. of Pathology, Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio.

INTERMISSION
Review Exhibits.

16.—Address in Surgery.

Dr. Ferdinand Saurbruch, Prof. of Surgery, University of Munich, Munich, Germany.

Oto-Laryngology-Symposium.

17.—Dr. Perry G. Goldsmith, Prof. of Oto-laryngology, University of Toronto Faculty of Medicine, Toronto, Canada.

18.—Dr. Samuel Crowe, Prof. of Otolaryngology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

19.—Prof. Doleris, President, Academy of Medicine, Paris France.

EVENING SESSION

7 P. M.

Studies in Applied Anatomy.

20.—"Treatment of Hernia."

Dr. Carl A. Hamann, Dean and Prof. of Clinical Surgery, Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio.

21.—"The Alimentary Canal of the Medical Student—Radiographic Studies."

Dr. T. Wingate Todd, Prof. of Anatomy, Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio.

Physiological Studies.

22.—"The Newer Physiology of the Gastro-Intestinal Tract".

Dr. Andrew C. Ivy, Department of Physiology, University of Chicago School of Medicine (Rush) Chicago, Illinois.

23.—"Present Knowledge of the Function of the Liver."

Dr. Francis Peyton Roos, Pathologist, Rockefeller Institute for Research, New York, New York.

THIRD DAY

Wednesday, October 20th.

7 A. M.

1.—Diagnostic Clinic (Medical).

Dr. Charles F. Hoover, Prof. of Medicine, Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio.

2.—Diagnostic Clinic (Sorgical).

Dr. William D. Haggard, Prof. of Surgery, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee.

3.—Diagnostic Clinic (Medical).

Dr. Hans C. Jacobaeus, Prof. of Internal Medicine, University of Stockholm, Sweden.

4.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Dr. Harvey Cushing, Prof. of Surgery, Harvard Medical School, Boston Massachusetts.

5.—Diagnostic Clinic (Surgical). Chest cases.

Dr. Ferdinand Sauerbruch, Prof. of Surgery, University of Munich, Munich, Germany.

INTERMISSION

Review Exhibits.

Respiratory and Circulatory Diseases-Symposium.

6.—"Methods and Results in the Treatment of Epyema."

Col. William L. Keller, Medical Department, United Army; Surgeon-in-Chief, Walter Reed General Hospital, Washington, D. C.

7.—"Lung Abscess—Roentgenographic Aspects."

Dr. Walter C. Hill, Cleveland, Ohio.

8.—"Lung Abscess—Surgical Aspects."

Dr. Evarts Graham, prof. of Surgery, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri.

9.—Practical Use of Thoracoscopy."

Dr. Hans C. Jacobacus, Prof. of Internal Medicine, University of Stockholm, Sweden.

AFTERNOON SESSION

1 P. M.

10.—Summary of Experiences up-to-date in the Surgical Treatment of Angina Pectoris.

Dr. Elliott C. Cutler, Cleveland, Ohio.

11.—"Aortitis and Heart Failure."

Dr. Roy W. Scott, Cleveland, Ohio.

12.—"Effects of Diseases of the Thyroid, on the Heart and their Treatment."

Dr. Cyrus S. Sturges, Peter Bent Brigham Hospital, Boston, Massachusetts.

Brain and Central Nervous System-Symposium.

13.—"Ventriculography."

Dr. Walter E. Dandy, Associate Prof. of Clinical Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

14.—"The present Status of our Knowledge of the Pituitary Body".

Dr. Harvey Cushing, Prof. of Surgery, Harvard Medical School, Boston Massachusetts.

15.—"Meningeal Adhesions and their Clinical Signs."

Dr. Samuel Clark Harvey, Associate Prof. of Surgery, ale Uinversity School of Medicine, New Haven, Connecticut.

16.—"Teachings of Epidemic Encephalitos in regard to the General Physiology and Pathology of the Nervous System."

Dr. August Wimmer, Prof. of Psychiatric, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark.

17.—"Results of peripheral Nerve Lesions in Civil Life."

Dr. Dean D. Lewis, Prof. of Surgery, John's Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

EVENING SESSION

7 P. M.

Orthopedics and Reconstruction Surgery Symposium.

18.—"Fractures of the Long Bones."

Dr. William Darrach, Dean and Associate Prof. of Surgery, Columbia University School of Medicine, New York, New York.

19.—"Fractures of Metacarpal Bones due to Torsion, or Schlatter's Disease."

Dr. Karl Schlatter, Prof. of Surgery, University of Zurich, Zurich, Switerland.

20.—"Position of Orthopedics in Medical Instruction."

Dr. Patrik Haglund, Prof. of Orthopedic Surgery, University of Stockholm, Sweden.

21.—"Attitudinal Strains". (Presentation of cases.)

Dr. Robert B. Osgood, prof. of Orthopedic Surgery, Hasvard Medical School, Boston, Massachusetts.

22.—"Orthopedic Management of Visceroptosis". (Presentation of cases.)

Dr. Joel E. Goldthwait, Boston, Massachusetts.

23.—"The Arthritides."

Dr. William S. Baer, Associate Prof. of Orthopedic Surgery, John Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

24.—"Reconstruction Surgery in Civilian practice."

Dr. Clarence L. Starr, Prof. of Surgery, University of Toronto, Schol of Medicine, Toronto, Canada.

25.—"Transplantation of Foreign Bodies in Orthopedic Practice."

Dr. Fritz Lange, Prof. of Orthopedic Surgery, University of Munich, Munich, Germany.

FOURTH DAY

Thursday, October 21st.

1.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Dr. Arthur Dean Bevan, Prof. of Surgery, University of Chicago, School of Medicine (Rush) Chicago, Illinois.

2.—Diagnostic Clinic (Medical).

Dr. Mariano R. Castex, Prof. of Clinical Medicine, National University of Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

3.—Diagnostic Clinic (Surgical.)

Dr. Charles H. Mayo, Prof. of Surgery, University of Minnesota, Graduate School of Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.

4.—Diagnostic Clinic (Medical.)

Dr. James B. Herrick, Prof. of Medi-

cine, University of Chicago, School of Medicine (Rush) Chicago, Illinois.

5.—Diagnostic Clinic (Surgical.)

Dr. John B. Deaver, Prof. of Surgery, University of Pennsylvania, Graduate School of Medicine, Philadelphia.

INTERMISSION
Review Exhibits.
Goiter-Symposium.

6.—Diagnostic Clinic and Address.

Goiter cases. "Intrathoracic Goiter."

Dr. Francis H. Lahey, Boston, Massachusetts.

7.—Diagnostic Clinic and Adress.

Thyroid cases. "Cancer of Thyroid."

Dr. Eugene H. Pool, Clinical Prof. of Surgery, Columbia University School of Medicine, New York, New York.

8.—"The Clinical Use of Iodin."

Dr. Henry S. Plummer, Prof. of Medicine, University of Minnesota, Graduate School of Medicine (Mayo Clinic). Rochester, Minnesota.

AFTERNOON SESSION
1 P. M.

Gall-Bladder and Liver-Symposium.

9.—"Differential Diagnosis between Gastric and Duodenal Ulcer and Gall Stones."

Dr. William D. Haggard, Prof. of Surgery, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee.

10.—"Re-Study of the Bile Tracts."

Dr. Arthur Dean Bevan, Prof. of Surgery, University of Chicago School of Medicine, (Rush) Chicago, Illinois.

11.—"The Hepatic Cirrhosis of Surgical Delay."

Dr. John B. Deaver, Prof. of Surgery, University of Pennsylvania, Graduate School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania.

Dr. Stanley P. Reimann, Prof. of Experimental Pathology, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pa.

Infection-symposium.

12.—"Present Status of Serum Therapy in the Treatment of the Exanthemata."

Dr. J. G. Fitzgerald, Prof. of Hygiene and Preventive Medicine, University of Toronto Faculty of Medicine, Toronto, Canada.

13.—"Recent Advances in our Knowledge of Pheumonia."

Dr. Russell L. Cecil, Bellevue Hospital, New York, New York.

14.—"Syphilis of the Heart and Blood Vessels."

Dr. Charles F. Hoover, Prof. of Medicine, Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio.

15.—"Infectious Endocarditis."

Sir Thomas J. Horher, Bt. Prof. of Medicine, St. Bartholomew's Hospital and College, London, England.

INTERMISSION
Review Exhibits.

Diabetes-Symposium.

16.—"The Present Status of the Diabetic Problem." (Presentation of cases.)

Dr. Rollin T. Woodyatt, Clinical Prof. of Medicine, University of Chicago, School of Medicine (Rush) Chicago, Illinois.

17.—"End Results in the Treatment of Diabetes in Children."

Dr. Elliot P. Joslin, Clinical Prof. of Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

EVENING SESSION
7 P. M.

Diabetes-Symposium (continued.)

18.—"Physiological Basis for the Action of Insulin."

Dr. J. J. R. Macleod, Prof. of Physio-

logy, University of Toronto, Faiulty of Medicine, Toronto, Canada.

19.—"The Eye-Grounds in General Diagnosis."

Dr. George E. Deschweinitz, Prof. of Ophthalmology, University of Pennsylvania, School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania.

Problems of Population and of Heredity.

20.—"Anomalies of Development."

Dr. Charles H. Mayo, Prof. of Surgery, University of Minnesota, Graduate School of Medicine (Mayo Clinic) Rochester, Minnesota.

21.—"Mechanism and Heredity."

Edwin G. Conklin, Ph. D., Princeton University, Princeton, New Jersey.

22.—"Heredity in the Clinic."

Dr. Lewellys F. Barker, Prof. Emeritus of Medicine, Johns Hopkins, University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

23.—"Heredity and Cancer."

Mr. William Sampson Handley, F. R. C. S., Surgeon, Richard Hollin's, Cancer Research School; Middlesex Hospital; Women and Children's Hospital and Guy's Hospital, London, England.

FIFTH DAY.
Friday, October 22nd.
7 A. M.

1.—Diagnostic Clinic (Surgical.)

Mr Archibald Young, F. R. C. S., Prof. of Surgery, University of Glasgow, Glasgow, Scotland.

2.—Diagnostic Clinic (Medical.)

Dr. Lewellys F. Barker, Prof. Emeritus of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

3.—Diagnostic Clinic (Surgical.)

Dr. William J. Mayo, Chief of Staff, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.

4.—Diagnostic Clinic (Medical.)

Sir Thomas J. Horder, Bt., Prof. of Medicine, St. Bartholomew's Hospital and College, London, England.

5.—Diagnostic Clinic (Surgical).

Mr. John M. C. Fraser, F. R. C. S., Prof. of Surgery, University of Edinburgh, Edingburgh, Scotland.

INTERMISSION
Review Exhibits.

Genito-Urinary Tract-Symposium.

6.—Diagnostic Clinic and Address.

Genito-Urinary cases. "Kidney Lesions, Exclusive of Stones."

Dr. Hugh Hampton Young, Clinical Prof of Urology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.

7.—Diagnostic Clinic and Address.

Bladder and Prostate cases. "Bladder and Prostate."

Dr. Hugh Cabot, Dean and Prof. of Surgery, University of Michigan, School of Medicine, Ann Arbor, Michigan.

8.—Diagnostic Clinic and Address.

Cases of Stones in the upper Urinary tract. "Stones in the Upper Urinary Tract."

Dr. William F. Brasch, Prof. of Urology, University of Minnesota, Graduate School of Medicine Rochester, Minnesota.

9.—"Classification of the Diseases of the Kidney from the point of view of Progressive Treatment."

Dr. Alexander von Koranyi, Prof. of Internal Medicine, University of Budapest, Budapest, Hungary.

AFTERNOON SESSION
1 P. M.

Diseases of the Breast-Symposium.

10.—Diagnostic Clinic and Address.

Breast cases. "Tumors of the Breast."

Dr. John M. T. Finney, Prof. of Clinical Surgery, Johns Hopkins University

School of Medicine, Baltimore, Maryland.

11.—"The Conservative Surgical Treatment of the Breast."

Dr. L. L. McArthur, Chicago, Illinois.

12.—Address in Surgery.

Mr. John M. C. Fraser, F. R. C. S., Prof. of Surgery, University of Edinburgh, Edinburgh, Scotland.

13.—Summary of Personal Experience in the Field of Abdominal Surgery."

Dr. William J. Mayo, Chief of Staff, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.

14.—Summary of Personal Experience in the Field of General Medicine.

Dr. James B. Herrick, Prof. of Medicine, University of Chicago, School of Mediiine (Rush) Chicago, Illinois.

INTERMISSION

Review Exhibits.

15.—Address in Medicine.

Dr. A. Simonena, Prof of Medicine, University of Madrid, Madrid, Spain.

16.—Address in Surgery.

Mr. Archibald Young, F. R. C. S., Prof. of Surgery, University of Glasgow, Glasgow, Scotland.

17.—"General Therapeutic Methods for the Protection of Patients in the Extremes of Life."

Dr. C. G. Jennings, Detroit, Michigan.

18.—"Blood Transfusion; Precise, Indications, Blood Grouping, Choice of Methods."

Dr. John L. Yates, Milwaukee, Wisconsin.

19.—"Anesthesia from the Standpoint of the Surgeon."

Dr. George P. Muller, Prof. of Clinical Surgery, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania.

EVENING BANQUET

Addresses by Distinguished Citizens of the World.

NOTE:—The following is and additional list of distinguished teachers and clinicians from foreign countries who have accepted tentatively to take part on the program but have not, as yet, sent in their subjects:

Dr. Rudolf Balint, Prof. of Internal Medicine, University of Budapest, Budapest, Hungary.

Dr. M. P. Bull, Prof. of Surgery, King Frederick's University, Oslo, Norway.

Dr. Leon Cardenal, Prof. of Clinical Surgery, Universidad Central de España, Madrid, Spain.

Dr. A. Carnot, Prof. of Therapeutics, Faculte de Medecine, Paris, France.

Dr. J. Alves de Lima, Prof. of Surgery, University of Escolo Polytechnics, Sao Paulo, Brail.

Dr. Pedro S. de Magalhaes, Prof. of Surgery, University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil.

Dr. Geza Illyes, Prof. of Urology, Faculty of Medicine, University of Budapest, Budapest, Hungary.

Dr. Millivoie Kostitch, Prof. of Surgery, Faculty of Medicine, University of Belgrad, Belgrad, Jugo-Slavia.

Dr. Manuel Marquez, Prof. of Ophthalmology, Universidad Central de España, Madrid, Spain.

Mr. Herbert J. Paterson, F. R. C. S., London, England.

Dr. Luis Tamini, Prof. of Surgery, Faculty of Medicine, Royal Univresity of Budapest, Budapest, Hungary.

Physicians should make their reservations as early as possible by communi-

cating with the Hotel Cleveland or the Convention Bureau, Cleveland Chamber of Commerce.

PROGRAM COMMITTEE.

Dr. George W. Crile, Cleveland, Ohio, Chairman.

Dr. Lewellys F. Barker, Baltimore, Maryland.

Dr. George E. Brewer, New York, New York.

Dr. Henry A. Christian, Boston, Massachusetts.

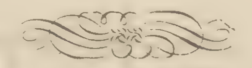
Dr. John B. Deaver, Philadelphia, Pennsylvania.

Dr. Duncan A. L. Graham, Toronto, Canada.

Dr. James B. Herrick, Chicago, Illinois.

Dr. Jonatnon C. Meakins, Montreal, Canada.

M. B. PECK,
Managing-Director.



ABSTRACT

"TECHNIC OF USE OF REMOVABLS RADON SEDLS IN CARCINOMA OF THE TONGUE"

ANNALS OF SURGERY
Philadelphia, May 1926.—Vol. LXXXIII, Page 598.

This article describes a new technique of radium theraphy in lingual carcinoma which offers a practical means of irradiating even the most inaccessible tongue lesions. This is accomplished by the implantation of removable platinum radon seeds. As the methods of treatment heretofore used have always proved unsatisfactory, this article is of especial importance from a clinical standpoint.

The various methods by which lingual carcinoma has previously been treated are discussed and their advantages and drawbacks considered. Imbedding of bare tubes according to Janeway's method affords an even distribution of radiation, but causes necrosis which is invariably followed by sloughing and may even induce unavoidable fatal hemorrhage. If screened seeds are used, necrosis is avoided, but they are objectionable because they must remain in the tongue as foreign bodies. The platinum needles advocated by Regaud also obviate necrosis and can be removed when radiation has been accomplished, but proper distribution of these applicators is very difficult; they cause too much trauma; and above all, they are hard to immobilize and cannot be placed upon the posterior dorsal surface of the tongue.

The method offered in this article obviates all these difficulties, while retaining every desirable feature. The seeds are completely screened with platinum, thus doing away with necrosis and sloughing; they are easily withdrawn after adequate dosage has been delivered, so that they do not remain in the tissue as foreign bodies. These seeds can be placed in any position required, just as readily in the hitherto inaccessible "root" demonstrating the exact method of aptions. The article is profusely illustrated, of the tongue, as in more favorable posiproach to these inaccessible lessions.

The growth is first carefully palpated, and the number of seeds required determined according to its depth and surface extent. When a seed has been placed in the desired position, the attached thread is left protruding from the point of entry, where it is cut off so as to leave just enough to be readily grasped with forceps at the time of removal.

The entire treatment causes no pain, and but slight inconvenience to the patient; and when skillfully performed under proper aseptic precautions, the technique offers an excellent means of solving one of the most vexing of clinical problems.

LA CASA ELI LILLY & CO. AGREGA OTRO ESPACIOSO LABORATORIO

Por tres años consecutivos los ingenieros industriales de la Eli Lilly and Company estuvieron proyectando planes para agregar otro espacioso edificio a los Laboratorios de Lilly.

El nuevo edificio está construído de concreto reforzado, de cinco pisos de altura, cuya extensión superficial equivale a cinco acres, o sean 20,230 metros cuadrados de incremento; tiene una fachada con 79.2 metros de longitud que da hacia la calle Delaware y un fondo de 45.43 metros hacia la calle McCarty. Los bastidores de las ventanas son de metal, formando así un edificio sólido que ofrece a primera vista una bella arquitectura.

En la manufactura de sus productos se adoptan los recientes métodos de la ciencia e invención. En el departamento de recibo se ha instalado un moderno laboratorio químico donde los materiales que se reciben son examinados y sometidos a una rigurosa prueba; de tal modo que todos los materiales deberán ser de primera calidad, de lo contrario serán rechazados. Después de este proceso, si los materiales no adolecen de ningún defecto y son aceptados, son elevados automáticamente al último piso, donde se almacenan los productos químicos para necesidades ulteriores.

Los líquidos que se usan en grandes cantidades son trasladados en vasijas al departamento de recibo, de las cuales son bombeados mediante una máquina neumática a los tanques instalados en el último piso del edificio, y de allí los líquidos fluyen a los varios departamentos.

En el almacén de productos químicos, los bultos son colocados en los conductores automáticos, de tal modo que los operarios encargados de pesarlos no tienen necesidad de moverse de la mesa pesadora o de la báscula. Una vez pesados los bultos, estos pasan a los conductores para ser cotejados en las balanzas, las cuales forman parte de los conductores, y luego son comprobadas mediante un método inventado recientemente. Terminado este procedimiento, los productos químicos así pesados y cotejados son trasladados mediante un conductor espiral a sus departamentos correspondientes donde son sometidos a sus diferentes procesos.

Toda labor en este departamento se hace mediante procedimientos automáticos. Las maniobras y traslados de los materiales se verifican mediante conductores automáticos y otro mecanismo; de tal suerte que el nuevo sistema adoptado por la Compañía de Eli Lilly es a todas veras una maravillosa invención del ingenio humano.

Los departamentos de ungüentos, tabletas antisépticas "Diamond", pulvules, píldoras, revestimiento de píldoras y tabletas, elíxires y extractos han sido trasladados a este nuevo edificio. En este departamento el sistema de conductores automáticos se ha adoptado con excelentes resultados, y la compañía ha visto la necesidad de mantener el proceso de contínua producción mediante las líneas conductoras que han de conectar un proceso con otro, para luego trasladar el producto acabado al departamento de envase, rótulo y empaque que ha sido trasladado al nuevo edificio.

Una vez empaquetados y acabados los frascos y cajas son trasladados mediante

conductores automáticos al departamento de embarque, dando así oportunidad a la compañía de hacer contínua jornada desde el último piso al departamento de embarque o distribución, que por el método anterior sufrían demora o detención. El nuevo edificio de la compañía constituye un sitio de atracción para todo visitante, a quien la casa Eli Lilly puede exponer con orgullo los magníficos adelantos logrados en el campo farmacéutico.

Todas las drogas crudas son almacenadas en el tercer piso y las filtradoras de drogas están instaladas en el segundo piso. Las filtradoras grandes han sido instaladas en portadores automáticos. El trabajo de este departamento está a cargo de un sólo operario, quien no tiene necesidad de moverse de su puesto para verter, lavar y llenar de nuevo los filtros, o añadir disolventes a los varios filtros en función.

El departamento de embotellar frascos grandes está instalado en los bajos del departamento para elíxires y extractos fluídos, haciendo así expedito y fácil hacer correr el fluído a las varias máquinas de envase.

El departamento de lavadura de botellas está situado cerca de las máquinas d envase, así como las cajas de cartón, de esta manera los frascos vacíos pueden fácilmente ser llevados automáticamente a las máquinas de envase.

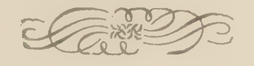
Un sistema perfeccionado de ventilación provee aire fresco a los operarios, asegurando así su salud y un ambiente agradable durante las horas de trabajo. Una de las cualidades características de este edificio es el hecho de poseer ventanas de observación especialmente construídas en las mesetas de la escalera, donde se puede divisar todo el panorama del piso, y darse cuenta de las varias operaciones que se llevan a cabo en el mismo.

Este nuevo edificio de manufactura constituye otro paso de avance en el programa de progreso que constantemente viene siguiendo la casa de Eli Lilly and Company.

En mayo 10 de este año, la casa de Eli Lilly and Company cumple cincuenta años de actividad, y con el objeto de conmemorar su quincuagésimo aniversario, ha empezado a mover las ruedas de este nuevo y grandioso edificio.

Con el nuevo edificio, la Compañía Eli Lilly está mejor equipada para servir a sus distribuidores, droguistas y a la profesión médica con productos farmacéuticos que han de mantener por la cumbre el nombre de Lilly en el mundo farmacéutico.

Con la nueva organización del edificio de Eli Lilly and Co., las excelentes condiciones que rodean a sus operarios y empleados, puede decirse que su prestigio irá creciendo.



VOL 153

SUMARIO

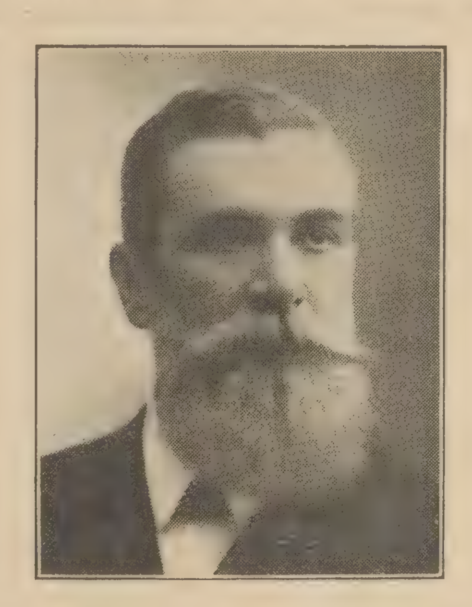
BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA DOS MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XX. | DICIEMBRE 1926. | Núm. 154.

EDITORIAL

DISCURSO NECROLOGICO, DEL Dr. M. QUEVEDO BAEZ, ANTE LA TUMBA DE ILUSTRE Dr. J. E. SALDAÑA


Sres.

Permitidme, que venga junto a la tumba de este ilustre conciudadano, honorable compañero en las artes médicas, a representar, si con la palabra es dable hacerlo, mi dolor que es muy grande; a llorar, sentidamente, la pena y la desgracia inmensa que significa para la clase médica de Puerto Rico, el hundimiento, en los hondos abimos de la muerte, de este varón egregio, de esta figura saliente, que era, en el cielo de nuestra ciencia, a manera de un astro de primera magnitud.

Permitidme, que exprese, con la palabra débil y modesta mía, todo el dolor, el sentimiento de la Asociación médica portorriqueña, que por bondadoso designio de su ilustre Presidente, me ha concedido

el honor muy grande, pero también muy triste, de representarle en este luctuoso acontecimiento.

"Cord meun senti, ser verba non possum comprimere."

El corazón se ha cansado de latir, desde que recibimos la infausta nueva de esta desgracia.

Estremeciéndose, en su cárcel estrecha, se ha retorcido, ahogado por la pena y asomándose, en sus latidos, hasta nuestros ojos, ha querido, en un río de lágrimas, ahogar su dolor.

Quieren los labios hablar y no pueden decir lo que siente el corazón.

¡Bello dolor que sólo puede gemir sus propias penas, en el arpa del corazón!

El dolor experimentado por nuestra sociedad, está aquí expresado, con harta elocuencia.

Ahí están todos esos semblantes angustiados y tristes, sombreados por la crueldad de esta gran desgracia.

Mas yo no quiero ahora, sinó hablar de nuestro dolor, del dolor de la clase médica portorriqueña.

Por mi parte, no podría haberme excusado de cumplir este deber, pues me ligaban al maestro, y al amigo, vínculos de una devoción y afecto muy grandes.

Yo, portorriqueño, sentía el orgullo de su honorabilidad y de su valimento.

Médico, había tenido la feliz oportunidad de apreciar, en sus justos términos, cuanto él valía y significaba.

Hace veinte y cinco años, en virtud de una ley de nuestra Asamblea legislativa, se estableció el Board de Médicos Examinadores de Puerto Rico.

Fué él, el primer Presidente, por voto unánime de todos los que tuvimos el honor de ser miembros del mismo.

Era, en días inprecisos e inciertos, cuando en todos los órdenes de nuestra vida social, bajo un régimen nuevo de gobierno, parecía que todo buscaba su acomodo, para llegar a una normalidad en los asuntos de nuestra vida pública.

No era extraña tal tendencia, cuando con el nuevo órden de cosas se habían invertido todos los valores de nuestra vida social y política y se habían sufrido cambios verdaderamente notables.

Aquel organismo había de ser salvaguardia de los valores médicos de nuestra isla. Había de ser amplio pórtico, por donde pasara, con toda eficiencia, la juventud médica, que ansiosa de escalar las cumbres de la intelectualidad médica, acudía, llena de los mayores entusiasmos a las universidades americanas a recibir su instrucción.

Habíamos de medir, con espíritu asaz discreto, la alta misión que se nos encomendaba y darnos perfecta cuenta de los intereses, que íbamos a defender.

Era fácil a nuestra juventud brillante, suficientemente capacitada, salvar el puente de sueños y de ilusiones con que se llenan siempre las mentes en esa edad, y que salvaba la distancia entre la escuela y la Universidad.

Atraía, con sugestión poderosa, el deseo de llegar pronto al fin; de llegar al término soñado. ¡Siempre es grato al espíritu, dar cima al propósito que se acaricia!

Y los que fuimos estudiantes, época la más feliz, aunque, quizás, la más accidentada de nuestra vida, sabemos el vértigo que se apodera de nuestra alma, una vez ya, dentro de las amadas aulas de una Universidad, para dar término a la carrera y ver y acariciar, en nuestras manos, el anhelado título, que ha de colmar en pleno, nuestras ilusiones, nuestros sueños y nuestras esperanzas.

Suceso el más serio y significado de

nuestra vida, porque él ha de operar un franco y decisivo cambio en nuestra personalidad.

Y, de ese suceso, se prenden muchas circunstancias de las más felices y tristes de nuestra vida.

¡.. Se dejó el hogar, un día, y el hogar nos espera! —¡Cuántas veces se determina un cambio, y días, que fueron duros y aciagos, porque a éllos asomaban su faz, tristezas e infortunios, se tornan en días venturosos y alegres: ¡Renace, de un cuadro de desventuras, una nueva vida, una nueva ilusión!

Pero el problema serio y grave, para nuestra juventud médica no era el de obtener pronto y fácil un título de médico. La sociedad, sus intereses más sagrados, los de la salud y la vida de sus semejantes, reclamaban otra cosa: no un título, sino una eficiencia, una garantía, un valor positivo, que, en todos momentos, pudieran responder de todos sus ejecutorias. Algunos, en aquellos primeros años, en aquellos primeros días, quizás, sin conocimiento, se lanzaban a la aventura, sin una orientación fija ni cierta en la busca de una Universidad.

Y, precisamente, esa orientación que necesitaba un rumbo, debía marcarlo la junta de Médicos examinadores.

El buen juicio, más que el rigor; el consejo sano, más que la medida correctiva, trazaron líneas, para el futuro a seguir y fué, en esta gran obra de reconstrucción médica, en esta obra social, grande, aunque silenciada, donde este hombre de preclaro entendimiento, de alma sana y corazón bueno, puso todos sus generosos impulsos.

El Board de Médicos examinadores realizó, bajo la presidencia dignísima de este varón ilustre, la obra hermosísima de una rectificación de rumbos; de conseguir, que nuestra juventud estudiantil dirigiera sus pasos hacia los mejores y más acreditados Colegios y Universidades americanos, logrando, al fin, que tengamos hoy, en Puerto Rico, una juventud médica brillantemente preparada, que hace honor a la ciencia y cuya capacidad puede ponerse al igual de las capacidades médicas sobresalientes de cualquier otro país.

Los libros de actas del Board de Médicos son guardadores de ejecutorias dignísimas de éste, que fué nuestro primer Presidente, dejando una pauta, y una línea de conducta trazadas en méritos del honor y dignidad de la clase médica portorriqueña.

La Asociación Médica de Puerto Rico es testigo de mayor excepción de la alta capacidad y del alto espíritu de observador y de clínico, que se sumaban en el Doctor Saldaña.

Fué él, uno de los que, con más fervor y entusiasmo, alentó las iniciativas generosas y fecundas del núcleo de hombres que llevó a cabo la fundación de nuestra Asociación Médica.

El, en los años, que siguieron a este feliz suceso, en sus muchas asambleas, contribuyó, con todos los arrestos potentes de su espíritu; con la mentalidad brillante y clara que tenía; con su caudal de ciencia, al esclarecimiento y, acaso, tentado estuvierayo, a decir y proclamar, hoy, ante su tumba, ante la majestad de su cadáver; hoy, que la muerte fría ha galvanizado todos sus nobles gestos; proclamar, si, que algún descubrimiento importante de nuestra ciencia, del cual se enorgullece la clase médica, debe a él su sabia iniciativa.

Proporciones grandes adquiere suceso de esta índole, cuando ajeno él, a las prácticas del laboratorio y a los problemas técnicos de una investigación bacte-

riológica, hubo de asomarse, para presentir tal revelación, no a la platina de un microscopio, sinó con la potente luz de su entendimiento, al obscuro y hondo de un proceso clínico en observación y estudio.

La Asociación Médica faltaría a uno de sus más elementales deberes, si un día tan aciago y tan triste, en que se desploma una de sus más firmes y enhiestas columnas, no viniese aquí a rendirle tributo de admiración y de respeto más sentido y grande.

En la estructura físisa de este hombre de carácter duro y fuerte, se contenía, al igual, la estructura moral y científica del médico.

Dado a la meditación, observador minucioso y sagaz, no desperdiciaba el más insignificante signo morboso, para sumarlo a los demás, que su fina perspicacia sorprendía.

Era hondo en la observación; meditaba, siempre, sobre el enfermo. Aquella frente rugosa, por cuyos surcos pasaron violentas tantas emociones, tantas angustias, recogidas, en el lecho del dolor ajeno, era, como un libro, donde el pensamiento se remansaba, cada vez que, buzo de la enfermedad, zabullía, en las profundidades de un organismo en tortura, a sorprender las causas, los signos, los misterios de la enfermedad.

Tal como era, firme en la seguridad de sus actos y tal como se mostraba su personalidad, era, también, en los aciertos de sus opiniones y de sus diagnósticos, médicos, siempre rotundo, siempre claro y preciso.

Mesurado y prudente, aconsejado por las sabias enseñanzas de su grande experiencia, jamás precipitó su juicio en el anticipo de un diagnóstico, si él no había, antes, llenado todos los vacíos y esclarecido todos los puntos obscuros que la duda pudiera ofrecerle.

Así era el hombre; una alta mentalidad médica, uno de nuestros clínicos más expertos y sesudos; sobre todo, él era un médico de cuerpo entero.

Era médico, sí, en toda la amplitud verdadera del concepto.

Ser médico no es poseer un pergamino, poseer un título.

Se necesita algo y mucho más, que todo eso.

La medicina es una ciencia y es, también, una religión.

Pero la misma ciencia no puede, a veces, estructurar a un médico, si, en su alma y en su corazón, no existe unción evangélica; una conciencia bien preparada, una cantidad grande de amor y de piedad; si, por encima de toda mira, sin egoísmos, sin otro espíritu que el del bien, se pone el interés supremo de la salud y de la vida de los que sufren.

Todo eso atesoraba este amado hombre, este portorriqueño insigne, que nos abandona, en ruta franca, hacia la eternidad.

La muerte, en su rígida y severa majestad; con su cincel frío, ha delineado la silenciada escultura de un cuerpo sin alma, de un cerebro sin vibraciones, de unos ojos, en cuya retina se reproduce la imagen de una eterna noche, de unos labios que ya no volverán a rimar una sonrisa, ni un dulce poema de amor, de un corazón sin latidos, que no volverá ya, a estremecerse, en las oleadas y sacudidas supremas del sentimiento.

Si; la muerte fría, severa y cruel; ha borrado todo ésto; pero élla, que parece destruír y aniquilar, no puede apagar lo que flota, como si fuera esencia y perfume de la vida, cuanto fué dignidad y fué gloria, y fué honor y fué virtud.

Y, ella, que ingrata nos arranca un ser

de todo nuestro amor, no puede ser tampoco el olvido.

La Asociación Médica ha puesto sobre este féretro una corona de flores cortadas por manos generosas en nuestros jardines, esencia de la Tierra donde él nació y, en cuyo seno amoroso, como en los brazos de una madre, va a dormir su sueño de inmortalidad.

Estas flores son la mejor expresión de nuestro dolor, de nuestras lágrimas, de la pena inmensa que nos embarga, ellas pronto, se marchitarán, pero van impregnadas con jugos de nuestras propias lágrimas.

Ahora, su lenguaje mudo nada podrá expresar, que nosotros sentidos comprendan.

Cuando bajen a lo obscuro y hondo de la tumba, perfumando ésta, que fué grandiosa vida para la ciencia y para el bien, quizás en el lenguaje incomprensible, mudo, pero elocuente de las cosas sin alma, algo dirán: será el mejor poema que nuestro amor, nuestra veneración por este compatriota ilustre pueda musitar.

Al fin: podemos decir ¡que ha triunfado la muerte!

Y, pues, que ha triunfado la muerte, pues que, por aquí pasa, ahora, la vida en derrota, digamos arrogantes en forma de oración como el poeta ¡Yunques sonad! ¡Enmudeced Campanas!

¡Que Dios en su seno de paz, Dios omnipotente y piadoso acoja el alma de nuestro inolvidable amigo, de esta egregia figura de nuestra PATRIA!



EL MERCUROCROMO 220

SU USO POR LA VIA ENDOVENOSA

(*Por J. C. Ferrer, M. D.*)

El mercurocromo como todas las drogas nuevas ha producido un estado de activa discusión sobre su valor como antiséptico y germicida; ya encontramos hoy el mundo médico Norte Americano dividido en dos bandos; unos aceptan la potencia bactericida de la droga usada por la vía endovenenosa y le conceden su verdadera inocencia negando patología alguna como resultado de la droga inyectada: pero tenemos otro bando que no quiere creer en la preparación mercurial y le acriminan no solamente de producir nefritis franca sino que algunos dicen que han visto fatales desenlaces luego de usada y en la necrología acusan encontrar necrosis del riñón.

Con el desarrollo de la gran guerra mundial y con el revivimiento de la solución de Lavarac modificada y conocida con el nombre de solución Carrel Dakin se advirtió la curación rápida de procesos infectados especialmente cuando la infección se hacía notar sobre grandes superficies especialmente en muñones por amputación o en fracturas compuestas infectadas y a lo último se llegó a tal extremo con la solución de clorina que vi al viejo profesor Tuffier usándola en el Hospital Beaujón y con gran éxito para empiemas resultados por heridas de bala.

Pero no se había conseguido con la solución de Carrel Dakin un antiséptico ideal inoquo a las superficies no infectadas libre de irritación a las mucosas y otras partes del cuerpo. Teníamos que proteger la piel con substancias grasosas para evitar las grietas y quemaduras químicas que por corroción de la clorina se producían en los tejidos sanos sin poder nisiquiera pensar inyectar esta droga en su solución de una potencia bactericida en las mucosas de la uretra, recto, etc.

Por esto fué que el mundo médico comenzó a rebuscar y encontrando entre los tintès orgánicos una posible senda que nos llevase al hallazgo de un antiséptico que pudiese cubrir todos sus aspectos para hacerlo ideal, encontramos que, en Inglaterra se hacían experimentos con estos tintes y se produjo en el mercado una preparación potente, no irritante, no tóxica, a la que se dió el nombre de acriflavina.

En América luego del maravilloso descubrimiento por Geraghty, y Rowntree sobre la eliminación rápida e inoqua de la fenolsulfonepthtaleina, por el riñón comenzaron Davis y Hinman a fines del 1915 a buscar una droga que fuese un antiséptico urinario potente y que poseyese todas las propiedades necesarias para ser usado como tal.

En el estudio de las drogas relacionadas con la sulfonepthaleina no pudieron encontrar nada que fuese un antiséptico ideal y no fué hasta Agosto del 1918 que hallaron una droga a la cual le dieron el nombre de Chlor-mercury-fluorescein que aparementemente no era tóxica y que actuaba por rompimiento de sus moléculas en fluoresceina y una sal mercurial, pero el tinte se eliminaba rápidamente por el riñón haciendo aparecer la orina infectada libre de bacterias al corto tiempo de su uso, pero el mercurio se perdía

en el organismo y se eliminaba posiblemente por la vía gastro intestinal.

No fué hasta el mes de Noviembre de 1919 cuando se dió a la publicidad las notas preliminares sobre el maravilloso descubrimiento de la droga cuyo nombre corresponde al de "Mercurochrome 220" soluble.

Se adaptaba, según sus descubridores, para uso exclusivamente genito urinario, pero su poder bactericida hizo que se comenzase su uso como un antiséptico local en todas las ramas de la medicina y cirugía y en el "Journal de Urología" de abril 1921, se ve ya un extenso reporte de los distintos usos del mercurochrome en oftalmología en tratamientos de portadores de difteria en la sentisteria, etc.

El Brady Institute of Urology no cesaba en sus investigaciones con los tintes y sobre todo los derivados de la sulfonephthaleina y se llegaron a hacer alrededor de 260 ensayos dando por resultado que el producto mercurochrome 220—era el que mejor satisfacía todas las reglas y condiciones para presentarse como un antiséptico genito urinario ideal, y el 15 de Nov. 1919, vemos el primer artículo que nos presentaba esta nueva droga. Pero su uso era solamente local, a la uretra, vejiga y órganos de reproducción.

Pero qué es mercurochrome 220? Es un producto que lleva como base un tinte ácido relacionado con la "eosina" y habiéndose usado este tinte "eosina" como primer ensayo por su ya reconocida labor como tinte citoplásmico.

Pero no se presta la "eosina" a modificaciones químicas porque las moléculas suceptibles a substitución por otros productos químicos son ocupadas por la bromina. Pero sin embargo, su aliada "de la eosina" dibromfluoreceina, ofrece substitución por los grupos germicidas y aun reteniendo sus caracteres tintóreos ideales para la penetración de la droga en los tejidos.

El mercurio se seleccionó como un germicida activo y que substituyese las moléculas del tinte.

Así pues a la substancia que se obtenía substituyendo un átomo de mercurio en la molécula de dibromfluorescina se le dió el nombre de mercurochrome 220—y que químicamente se presenta con el nombre de dibromoxymercuryfluoresceina o su sal sódica por la fórmula.

HgOH O O
Na O
Br Br.
O
COONA

Pues bien, conociendo ya lo que es mercurochrome 220 y no queriendo penetrar más profundamente en todos los trabajos de bacteriología hechos para demostrar su valor antiséptico y germicida, me voy a concretar a citar la técnica que yo uso para la inyección intravenosa y dar a conocer los resultados buenos o malos que he obtenido con esta droga.

El primer caso en el cual se usó mercurochrome 220 por la vía intravenosa en de Brady, fué el día 2 de Enero 1923—en una paciente que padecía de una pielonefritis crónica bilateral y en cuyo caso se usó una solución de 5 mg por kilo de peso y al por ciento.

El primer caso mío que fué reportado y aparece con todos sus detalles en un panfleto que representa un estudio preliminar completo de los primeros 210 casos del uso del mercurochrome por la vía in-

travenosa, editado en Archives of Surgery May 1925 fué un caso de artritis gonococcica rebelde a todo tratamiento y en el cual usé yo 22 cgm. en 22 c. c. de agua destilada estéril, o sea 5 mg. por K. de peso al 1%. La reacción fué típica a las que vemos hoy en día y que nos pronostican un resultado favorable.

Inyección 10:30 A. M.

1:30 Calofrío marcadísimo que duró 20'. Vómito y temperatura 39.

2:30 temp 40-8" delirio, pulso 1.30 fuerte y rítmico. Respiración 36.

3:30 igual pero consciente.

6 P. M. Temp. 39 C. P. 120 P. R. 28.

7:30 Temp. 37 C. P. 100 R. 22.

no había ya dolor en la rodilla El paciente recuperó rápidamente y estuvo fuera de cama a los diez días luego de la inyección.

Quiero hácer constar aquí que habiendo sido este el primer caso en que se usaba mercurochrome por la vía endovenosa en Puerto Rico no fué pequeño el susto que pasé yo al encontrarme con aquella reacción tan horrorosamente fuerte, pero mis energías no se doblegaban por tener yo junto a mí en este primer caso al distinguido Dr. Bailey K. Ashford que fué mi colaborador en él.

Luego de este caso he usado mercurocromo para artritis gonococcica y no he tenido los resultados brillantes que obtuve en el primero.

Las artritis gonococcicas se clasifican en dos tipos—uno—en el cual se encuentra el organismo patogeno en el exudado de la articulación, y—segundo—en los cuales el líquido es estéril completamente y lo que se presenta es una artritis inflamatoria aséptica.

Esto yo lo he comprobado por medio de punciones y cultivos del líquido en la articulación, y más tarde en la terapéutica.

1.—En todo caso en el cual se encuentren organismos patogenos en el exudado de la circulación, la curación rápida por el mercurochrome intravenosa es un hecho.

2.—En todo caso, en el cual el líquido inflamatorio está estéril el mercurochrome no da beneficio pero estos casos ceden rápidamente al calor seco.

Luego dos casos de erisipela de la cabeza—secundarias a laceraciones. Usé en cada uno de ellos 20 cc. sol. 1% mercurio; los dos se curaron. Uno de ellos—el primero—no podía abrir los ojos de la hinchazón y al día siguiente de la primera inyección la hinchazón había bajado tanto que el paciente ya asomaba el blanco de los ojos.

Epididimitis de Neisser.—Tengo cuarentiocho casos.

Creo que el mercurocromo es específico en esta complicación de la uretritis específica.

La curva típica de la reacción, el alza de temperatura hasta 40 C. y la baja a normal en término todo de diez y ocho a veinte horas va acompañada de una desaparición total del dolor, y al tercer día el engrosamiento del epididimo se ve como disminuye asombrosamente.

Los casos de epididimitis de Neisser, tan dolorosos, pertinaces, mortificantes y que con pena los veía uno para tener que intervenir quirúrgicamente para poder aliviar el dolor y la tensión que antes me llegaban al hospital, hoy en día no me ha durado hasta la fecha ningún caso más de tres días en cama. Creo que si solo para esto se hubiese inventado el mercurochrome hubiese sido más que suficiente.

4.—Dos casos de pulmonía masiva—curados con solo mercurocromo.

5.—Dos casos de endocarditis, curados.

6.—Dos casos de úlceras de los pies aparentemente madura-foot, curados.

7.—Cinco casos de colibacilosis. Entre ellos uno con cilindros de todas clases 5 gramos de albumina por litro, hematies, ect. Este hombre estuvo inconsciente por cinco días y era ya cadáver seguro. En esta condición se le puso mercurocromo, 10 cc. 1% y la mejoría fué tan notable que en 24 horas se le puso otra inyección de 15 cc. y luego al tercer día otra de 15 cc. El paciente se curó y desapareció todo trastorno renal.

8.—En furunculosis el uso del mercucocromo es infalible. A veces con una sola inyección de 0.15 gm. desaparecen todos los forúnculos en el término de tres a cuatro días. En los casos más rebeldes he llegado a usar hasta tres inyecciones en el término de diez días.

9.—Cistitis, pielitis, etc., sus resultados son maravillosos, especialmente cuando la orina es alkalina.

En totalidad he practicado doscientas ochenta y dos inyecciones de mercurocromo intravenoso sin resultado perjudicial al paciente en absoluto.

1.—Resumen: 282 casos de inyecciones intravenosas sin ninguna muerte.

2.—En ningún caso he visto lesiones activas ni permanentes renales, debido al uso de la droga; nefritis en ninguno. Salvo alguna descamación alta y una pequeña traza de albumina.

3.—Gingivitis en tres casos.

4.—Diarrea en cuatro, y cedieron a enemas altas de agua bicarbonatada.

5.—Vómitos en todos durante la reacción, menos en cinco casos.

Conclusión;

1.—El uso del mercurocromo 220 por la vía endovenosa se debe estimular en todo caso de infección, generalizada o focal pero resistente a todo otro tratamiento. Pero no podemos esperar que un paciente esté en la puerta del cementerio para decidirse a usar la droga con la esperanza de resucitar un muerto.

2.—Mercurocromo es específico en las epididimitis como complicación a las uretritis de Neisser.

3.—La droga usada por la vía endovenosa no produce ningunos trastornos renales que puedan llamarse alarmantes.

4.—Toda droga tiene su límite de cantidad por K. de peso. No se debe usar más de cinco milígramos por K. de peso del paciente y se puede tomar como base para límite de tolerancia la cantidad de veinte centígramos en veinte centímetros cúbicos de agua destilada y estéril.

5.—La inyección debe ser puesta por una persona que tenga experiencia con inyecciones intravenosas, pues siendo el color casi idéntico que el de la sangre sólo uno experto puede decir con presición si está o no en la vena. La inyección fuera de la vena es excesivamente dolorosa.

6.—Debe inyectarse lentamente.

7.—Se puede repetir la inyección, a las veinticuatro horas en casos de suma urgencia, pero mi método es de cada dos o tres días. He llegado a ponerle a un paciente que al parecer sufría de Madura Foot, ocho inyecciones en término de veinte días.

8.—Los trabajos de investigación in vitro no están de acuerdo con los resultados obtenidos in vivo, pero como uno trabaja para obtener resultado y los obtiene en la gran mayoría de los casos tendremos que seguir usando el mercurocromo sin tener en cuenta si es la terapia magna esterilisans lo que se consigue, o si la droga actúa como una proteina externa en el organismo o bien es la reacción febril la que va a curar los casos.

Esperaremos para el futuro para ver si alguien puede darnos luz en este campo maravilloso. *Dr. J. C. Ferrer.*

SEMEIOLOGIA DE LA LENGUA EN PATOLOGIA DIGESTIVA

Comentarios a una conferencia del sabio especialista Dr. Gayart, en el Hospital Clínico de Santa Cruz, de Barcelona.

(*Por M. Quevedo Báez, M. D.*)

Debo trazar marco de honor para poner, dentro de él, un nombre por demás ilustre, el del Dr. Gallart, médico español de gran reputación y prestigio y con una alta autoridad científica, en la rama de su especialidad, de vias-digestivas que cultiva, con gran fortuna, en la Ciudad de Barcelona.

Precisamente, por emanar de un Médico de tan alta significación, es que someto al discreto juicio de un comentario, ideas explanadas por él, ante un docto y selecto grupo de médicos, acerca del tema: *"Semeiología de la lengua en Patología Digestiva."*

Es el tema tan original, en cuanto al criterio mantenido por el ilustre conferencista; es y ha sido tan debatido por los clínicos de todos los tiempos el valor diagnóstico de los signos que pueda representar la lengua y son tan notorias las características que, en Patología general puede élla ofrecer, en cuanto a su motilidad, su grosor, tamaño, el aspecto y proporciones de sus papilas, la fragilidad o denudamiento de su mucosa, la capa saburral que puede revestirle, su grado de sequedad o de humedad; que, realmente, parecen datos de una gran importancia justiciables de que se asigne a este órgano un gran papel, en cuanto a su expresión diagnóstica dentro de lo morboso.

No es sólo la lengua, el órgano gustativo y un auxiliar directo en la mecánica de la digestión.

En cuanto a su motilidad se sabe lo variado y *sui generis* de ella en afecciones como la Corea, en la cual la lengua, al querer propulsarse fuera de la boca, no lo hace prolongándose fácil y suelta hacia el exterior, sino a impulsos de una espasmódica sacudida, todo ésto, bajo la influencia de contracciones tonicas o clonicas de los músculos de la masticación.

Bien conocidos son los temblores y las contracciones fibrilares de la lengua en el alcoholismo y en la atrofia bulbar progresiva.

¿Quién ignora las características de la lengua por su aumento de dimensiones, en las afecciones gastro-hepáticas?

¿Quién no ha apreciado lo típico de la lengua en la escarlatina y en un gran número de enfermedades infecciosas donde la membrana mucosa toma un aspecto de rojo algo subido y en ocasiones muy intenso? La lengua aframbuesada en la escarlatina, es realmente un signo patoguomónico.

En campo nuestro de observación médica, de aquello que vemos casi tangible, tenemos las características también patognomonicas que nos ofrece el *sprue*.

Y, para que una imagen fiel sea reproducción de lo que, en la lengua y en casos de esta enfermedad de nuestra zona tropical se presenta; oigamos lo que, observado, con la pericia y fino sentido de investigador y trasmitido directamente de su pluma, nos dice nuestro ilustre comprofesor el Dr. Bayley K. Ashford.

Sprue: lengua *fofa,* es decir, blanda, esponjosa; color rojizo, con pronunciamiento de las papilas o con descamación del epitelio; úlcera frecuente opuesta a la muela segunda (úlcera de crombie.)

Estado avanzado: lengua carlilaginosa, pequeña y desprovista de epitelio, aspecto brilloso.

Salivación moderada, mucho ardor, *lengua de psilosis.*

Descripción tan perfecta como ésta, por abarcar todas sus características, nos la ofrece también el mismo Dr. Ashford, al pintar, de mano maestra, con la pericia que él sabe hacerlo, la lengua de la pelagra:

En ésta, tinte más carmíneo, que en el sprue; más puntiaguda; más salivación y frecuentemente, de mal olor; más dolor, que ardor; lengua pigmentosa.

Y, referido por el mismo observador, hace notar la *lengua negra,* existente en los trópicos, también, y cuya causa es una *monilia,* no llegada a describir aún.

Y, allá, en Europa, donde la fiebre tifoidea ofrece características tan especiales, que no ponen en tortura la mente del médico para el diagnóstico, como acontece en nuestra zona tropical; allá, cuando todo recurso de laboratorio falta, ciertos signos, entre éllos, el de la lengua; lengua seca o *asada,* acompañada de las manifestaciones de sopor y somnolencia, son bastantes al esclarecimiento de un diagnóstico de fiebre tifoidea y se presenta la lengua en bandera española: faja central amarillenta y bordes grandemente enrojecidos, donde se graba con gráficas huellas la impresión de los dientes.

Todavía más: En la primera semana, mientras, por el día, la lengua tiende a mantenerse húmeda, suele secarse por la noche.

En la segunda semana y en casos graves, entonces es fácil apreciar en la lengua cierto trémulo y laxitud o pereza al extenderse fuera de la boca.

Ya, en la tercera semana, la tendencia es a reintegrarse en su coloración y humedad habituales.

Estudiando la lengua en las *gastritis,* encontramos una lengua saburral, con punta y bordes enrojecidos, existiendo casi una verdadera *glositis.* Esto en cuanto a las crónicas; en las gastritis agudas, una capa saburral cubre la totalidad de la lengua.

En la misma *apendicitis,* la tendencia es una lengua saburral, húmeda, que raras veces, es seca.

En procesos intestinales varios, como la obstrucción aguda, la lengua se presenta seca y acorchada, explicándose así, la sed insaciable de los enfermos afectos de élla.

En la Peritonitis generalizada someramente, es blanca y húmeda, pero después, se vuelve roja, seca y hasta agrietada.

La ictericia por retención nos ofrece un aspecto bien característico: dilataciones vasculares, telangiectásicas, de forma similar a las que se forman en la piel.

* * *

Hemos, hasta aquí, querido recorrer así un capítulo de Patología general, haciendo relación al aspecto ofrecido por la lengua en determinadas enfermedades.

Y, de modo intencional, hemos recorrido ese extenso campo, que es otro del referido por el ilustre conferencista Dr. Gallart, ya que él circunscribe su tema, a la *semeiología de la lengua en Patología digestiva.*

Y decimos, de modo intencional, porque hemos querido poner de relieve la significación diagnóstica general de la lengua, en múltiples procesos, para aseverar así, que si élla toma parte afectando su for-

ma, su movilidad, su estructura, su coloracion, etc., para concurrir como signo clínico a completar sindromes determinado, de múltiples afecciones morbosas; parece lógico pensar, que formando élla parte orgánica del aparato bucal, donde se inician los procesos funcionales digestivos; debe ella representar alguna alteración, en los procesos morbosos que a estos procesos digestivos afectan.

Y, aquí es donde el criterio del ya citado conferencista sienta con la autoridad y prestigio de su nombre, la afirmación categórica y rotunda de que la lengua no tiene, en Patología digestiva, la importancia tan grande, que hasta ahora, ha venido reconociéndosele.

Mantiene la teoría de que, no es el espejo de la mucosa del estómago, porque no es mucosa, precisamente, sino que, más bien, desde el punto de vista de su estructura, parecería una piel que sehubiera adaptado a las funciones por realizar. Considera la saburra, como una verdadera *dermitis,* análogas a las que se producen por ingerir comidas irritantes, picantes o por el uso de determinadas sustancias medicamentosas. Y queriendo robustecer su criterio a este respecto dice:

Error de apreciación tal, de querer referir a trastornos digestivos el aspecto de la lengua, lleva inmoderada y rutinariamente a los médicos, al uso inoportuno y exagerado a veces, de la medicación purgativa, al par que se somete a los pacientes a los suplicios y torturas insufribles de las dietas excesivas y prolongadas, conduciéndolos a la inanición y llegando a producir con éllas, hasta la trofia del hígado, atrofia que corrige luego, una alimentación suficiente, a tiempo ordenada.

Y frente a criterio tan respetable y tan magistralmente expuesto por el sabio conferencista, no es la rutina del criterio hasta ahora mantenido de estar la mucosa de la lengua en relaciones de continuidad, con la del estómago, la que nos invita a hacer algunas consideraciones frente a dicha teoría.

Aun considerando como él considera que el tejido de la lengua tuviera analogías con el de la piel; necesario es tener en cuenta aquel otro principio fundamental de que: la función crea el órgano.

La lengua es parte integrante de la boca, y ésta es el tronco primero y más alto del aparato digestivo. En élla mecánica y químicamente, sufren los alimentos las primeras transformaciones.

Para servir esos cambios o modificaciones, la cavidad bucal está provista de glándulas especiales, a beneficio de las cuales, las substancias feculentas se transforman en diastasas, acción que, más luego habrá de completarse en el duodeno, donde el pancreas concurrirá con uno de sus principios activos, la amilopsina, a completar la reacción de éstos, iniciada en la boca.

Colocada la lengua en esa cavidad, cuyo principal papel es el de preparar una primera transformación adecuada al bolo digestivo, es lógico pensar que, sino estructuralmente, fisiológicamente, es una parte integrante del aparato digestivo y, en su virtud, acondicionada para servir la función esencial de éste.

Si éllo es así, no es la condición de estructura de la lengua la que ha de marcar aquí índice de función.

En el órgano lengua, lo estructural ha tenido que subordinarse a las finalidades de su función y es así, como lo anatómico se ha acomodado perfectamente a lo fisiológico.

Al fin, de esta suerte es, que se dá, lo

imperativo de la función creando al órgano.

Es la norma que impone, siempre, la Naturaleza, porque sería élla caprichosa, al modelar los órganos, ya que órganos no son tales en su significación, sinó en cuanto son parte integrante de aparatos a los que están encomendadas las funciones varias, complejas y múltiples del organismo.

Este es el criterio anatómico fisiológico. Bajo el punto de vista clínico, en la lengua se manifiestan expresiones de estados morbosos determinados.

¿Reflejos de qué alteración patológica, son las sensaciones experimentadas en la lengua, amargos de boca, por ejemplo, la de pastosidad, sequedad, ardor, signos indudables de perturbaciones digestivas?

¿Qué revela la lengua gruesa y grande, (macro glosia) sino alteraciones y muy hondas del dicho aparato?

¿Es o no cierto, que, en el curso de padecimientos largos y hasta graves, con localización de sus lesiones anatomo-patológicas, en algún tramo del aparato digestivo, como ocurre con la tifoidea, es la lengua índice precursor por su limpieza, humedad y coloración, de los cambios favorables y finales que se avecinan en el proceso?

Si son *dernitis* las que se producen en la lengua cuando se ingieren sustancias irritantes; lejos de negar esta solidaridad a la lengua con el aparato digestivo; establece que se irrita, que responde a los nocivos estímulos que injurian al aparato digestivo.

De suerte, que ésto mas bien afirma, que niega.

Además, todo ésto confirmaría la subordinación del organismo todo a las influencias que, en cualquier sentido, puedan afectarle, porque ningún órgano ni parte de él, puede, dentro de la unidad orgánica, considerarse desintegrado, desligado de él: *todo del todo natural depende,,* que dijo aquel y que cabe aplicar, aquí, perfectamente.

El hecho de que la lengua tenga una especial estructura, que la asemeje a la de la piel, no ha de sustraerle del papel, que por su posición y funciones haya de desempeñar.

Acaso, por que la arteria pulmonar no tenga estructura de vena y las venas pulmonares no tengan la de arteria, ¿han por éso de sustraerse al importantísimo papel que la pequeña circulación les encomienda?

No es la anatomía o estructura de un órgano la que obliga a la función, sino ésta la que plasma al órgano según sus necesidades o finalidades.

Y, si así suceden las cosas en el mundo de lo orgánico, no sólo en el hombre, sino en el más simple y rudimentario protozoo, no hay razón que dé fuerza a la afirmación de una teoría, objetada lo mismo por la clínica que por la anatomía.

Estas consideraciones tienden a representar el aspecto de un criterio, mantenido con todo el serio respeto que el autor de la comentada teoría nos inspira.

Mas que a rebatir, tienden a esclarecer las dudas que siempre deja en el ánimo una teoría, cuando élla viene mantenida por la autoridad de un sábio y de un esclarecido maestro a quien no es fácil negar sus afirmaciones de un modo absoluto.

Toda oposición es digna de respeto y ésta no es la fuerza de un comentario la que ha de esclarecerla, será el proceso de avance de los tiempos, con el fruto que el estudio y la investigación científica, les brinde, los encargados de ponerlas en claro.

Volverán días de más honda meditación para la clínica, en que el pensamiento se concentre muy intensamente para desentrañar, como es debido, la verdad médica. Para entonces, éste como ótros tantos problemas a esclarecer, serán resueltos.

Dr. M. Quevedo Báez.

UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE

Special Courses for Physicians in Treatment of Venereal Disease.

Surgeon General Hugh S. Cumming has announced that the U. S. Public Health Service, as a part of its cooperative work with State health departments in the control of venereal diseases, will give special course of training to physicians, clinicians, and health officers at its venereal disease clinic, Hot Springs, Arkansas.

This clinic, which is operated by the Public Health Service in a new building belonging to the Department of Interior, offers exceptional opportunities for the study of the venereal diseases, especially in clinical and laboratory diagnosis, treatment methods, and clinic management. Here, studies of the many practical and scientific problems connected with venereal disease control are carried on. Last year 3,570 indigent persons were examined at the clinic; 3,064 cases of syphilis and gonorrhea were diagnosed and given a total of 32,315 treatments.

Surgeon General Cumming states that the instruction courses which now are offered will consist of a series of lectures by the Director and the Consulting Specialists attached to the clinic, demonstrations in laboratory and treatments methods, and practical experience in the diagnosis and treatment of syphilis and gonorrhea in various stages through participation in the routine work of the clinic. New classes of not more than ten physicians will form on the first of each month and the course will continue for a minimum of thirty days. Engraved certificates will be presented gy the Public Health Service to those who satisfactorily complete the thirty-day course.

Fees are not charged for this course of instruction. The individual physician, however, will necessarily provide his own travel expense to and from Hot Springs and his living expenses while there.

Interested physicians should write to the local State health officer or to the Surgeon General, U. S. Public Health Service, Washington, D. C., for information or application blanks. Applications should be indorsed by the State health department in which the applicant resides before being submitted to the U. S. Public Health Service.

ANESTESIA LOCAL Y ALGUNOS CASOS

Por M. Díaz García, M. D.

Divinus est opus sedare dolorem: así habló Hipócrates; y desde tiempos prehistóricos los animales buscaban el alivio de sus penas.

Homero en su "Odisea" nos recuerda cuando Elena dió a Ulises la bebida que hizo olvidar sus pesares, recuperar fuerzas y calmar su sed; así pues los más viejos egipcios, los antiquísimos griegos, los sirios, los indios del Perú, conocían agentes físicos y drogas que aliviaban el dolor y narcotizaban. La presión, el frío, la aplicación de algunas grasas, las piedras con vino, la compresión de la arteria del dolor (carótida) era su *anestesia local.* La narcosis de drogas era su *anestesia general.*

Pero no fué hasta el descubrimiento de la coca, o mejor dicho, de sus propiedades anestésicas, y hasta que no recordamos los nombres de Scherzir, Godeke, Nien nan, Bennet, Von Anrep, Boderon, Von Koller, que se pensó en que la *real anestesia local* había dado su primer voz de "¡Tierra!"—"¡Eureka!"

Aún más: Vino Rynd con el invento de la jeringuilla hipodérmica a tiempo que también se empezaba a hablar y usar la anestesia general. Se iniciaba pues, una era en la historia de la cirugía, cuando el dolor operatorio podía abolirse.

Conocida pues, no ya la jeringuilla hipodérmica, si no modificaciones de ella, constituyendo hoy aparatos muy ingeniosos, y también la sustitución de la cocaína tóxica y peligrosa por drogas casi no tóxicas;; podríamos asegurar que la *anestesia local,* ni tiene límites, ni tiene contra indicaciones. Y parece mentira que podamos tal cosa asegurar y que sinembargo no podamos a ciencia cierta definir lo que es dolor.

Sabemos que lo que más nos interesa es saber que estas corrientes dolorosas son aferentes y, que abolidas ellas suprimido está el dolor.

Hablando de *anestesia local,* no sabemos si admirar más a W. J. Mayo cuando dice que no ve cuando llegará el día en que la *anestesia local* sustituya por completo la *general;* pero que, sin duda llegará y mantendrá un alto sitial en la práctica de la cirugía: o a R. Mata cuando dice que debe estimularse a la juventud profesional que cultive el cerebro, el corazón y la mano que son necesarios para el buen éxito del arte de la *anestesia local*, de manera que sirvan para cumplir un fin útil y rendir una digna misión.

Al referirnos a la anestesia local, no nos referimos simplemente a la *anestesia local* por infiltración, sino que consideramos los diferentes métodos de producirla, ya regional, (1.—bloqueo del campo operatorio) (2.—bloqueo de troncos y nervios (para vertebral, transacral, pre-sacral, anestesia de la cola o sea epi o extra-dura.)

Es lógico que para esto se tengan conocimientos de anatomía nerviosa, que ayude al empresario; que su técnica sea desarrollada, y que sus demás requisitos de cirugía, como asepsia, gentileza, medioambiante etc., le favorezcan.

La cooperación del enfermo y la de sus ayudantes es requisito indispensable. El enfermo puede tranquilizarse y eliminar sus influencias psíquicas nocivas, admi-

nistrándole algún narcótico o sedativo poco antes de la operación. Durante la operación debe distraerse al enfermo y de ningún modo debe llamársele la atención o sugerírsele lo que se le está haciendo.

El instrumental operatario es el corriente, a excepción de dos jeringuillas de Labat que las usamos con la facilidad de ser de cristal (se puede aspirar y ver lo que se aspira) al mismo tiempo que tiene una combinación de agujas adecuadas, las cuales son fácilmente sujetadas a la jeringa.

Usamos exclusivamente novocaína americana (pro-caína) dependiendo la fuerza de dilución del sitio (tejidos) que se quieran anestesiar.

Al presentar los casos que presento a esta culta asociación solamente llenan mis ambiciones el creer cumplir con un deber para con mis colegas, que seguramente interpretarán las ventajas que pudiese ofrecerle, en sus casos, este procedimiento.

Los primeros casos son de cáncer de la mama—son dos y los tenemos a la vista.

El segundo es un caso de mal de Banti que estuvo bajo el estudio de mi querido colega el Dr. González Martínez.

El tercero un caso de piopericardio, es una prueba evidente de las ventajas en un caso agónico, de una operación sencilla y salvadora con *anestesia local.*

Hubiera podido presentar muchos casos más que a todos serían muy interesantes, pero por no tomarlos vuestro tiempo y dar portunidad a alguna discusión si se entablase, me he limitado a éstos.

SYSTEMATIC AND SCIENTIFIC STUDY OF DEATH IN MAN

In order to encourage a systematic and scientific study of the dying time, I would suggest that Medical, Anthropological and Psychological Societies pass some such resolution as

> Resolved: That the..............................Society of the.., favors the scientific and systematic study of the physiology and phychology of death in man and requests its Members to make such studies in every case of death when there is opportunity.

It is a curios fact that as yet there seems to have been no systematic and scientific study of human death. There have been more or less sporadic efforts to make such investigations in exceptional and interesting pathological cases. But the regular order, so to speak, or the average manner of death is not known. Some of the main reasons for such study are:

1.—To gain trustworthy and general knowledge of what most often takes place in the dying hour, including details.

2.—To learn the manner of death for different diseases and the percent of those conscious and unconscious.

3.—To find in what percent of cases there is severe pain, slight pain and no pain, and nature of the pain.

4.—To note details in exceptional and special cases and the causes of these phenomena and the lengh of dying time, and nature of pain, if any.

5.—To determine the characteristics and differences in dying between infants, children, adolescents, adults before middle life, during middle life, in old age and from 80 to 100 years of age, including points under numbers 2, 3 and 4 for their ages.

6.—To present eventually a general picture of the dying time, based upon a sufficient number of observations, and with instruments of precision when possible.

7.—That with such knowledge, the treatment of patients during the dying time may be more humane and delicately done.

8.—That in cases that are liable to be painful, proper precautions may be taken in advance, so that pain may be avoided or greatly lessened.

9.—That finally the knowledge of the dying time may be so increased, that physical death will cease to be feared or dreaded by all persons, since through such knowledge pain may be practically eliminated and death may be made easy, gentle and placid.

ESTIMATE OF BRAIN WEIGHT IN MAN

For further application of anthropology to medicine, I suggest that medical and pathological associations pass some resolution like this:

> *Resolved*: That............Association of........................requests its members, when conducting autopsies, to make the following measurements of the body: maximum length, width and height of head; chest circumference at armpits; length and width of face, and length and width of nose, also thickness of scalp and skull.

By such measurements in connection with weight and length of body, weight of vital and other organs, and subsequent histological studies of these organs, including the brain, more knowledge may be gained in this recent phase or research.

I have worked out the following formula to estimate the brain weight: (head length, 10) x (head width, 10) x (head height, 10) x .000337 + 406.01 equals craneal capacity, which multiplied by 90 gives the weight of brain in grams.

The author himself is seeking opportunity to make observation on cases of death and also measurements of the body at autopsies. He will, therefore, consider it a great favor if any member of the Society who makes observations and studies of cases during the dying time or conducts autopsies, will send him a copy of his or her notes and results, for which due credit will be given when sufficient data are received to justifiy publication.

DR. ARTHUR MACDONALD.
The Congressional Apartments,
100*E. Capitol Street,*
Washington, D. C.



SUPREME COURT UPHOLDS AMERICAN DRUGS

A decision of the highest importance to every physician, pharmacist, drug manufacturer and, in fact, every user of drugs in the United States was rendered by the Supreme Court of the United States on October 11, 1926, when this highest tribunal of the Nation declared that the Chemical Foundation has been acting legally and properly in the purchase of the foreign drug and chemical patents, during the War, and licensing American Manufacturers to produce these essential substances in this country.

The sale of the German patents to the Chemical Foundation took place during President Wilson's administration and had, without doubt, a distinct influence upon the outcome of the War, because this transfer permitted American concerns to begin at once the production of various drugs and chemicals which had therefore, been made only in Germany, and whose importation ceased with our entry into the war.

President Harding, apparently laboring under some misapprehension as to the purposes and functions of the Chemical Foundation directed that suit be brought by the Government to set aside the sale of these patents to the Foundation.

The case was first tried in the Federal District Court of Wilmington Del., and resulted, after weeks of evidence taking, in a finding against the Government on allpoints.

A final appeal carried the question to the Supreme Court of the United States, where evidence was heard more than a year ago. The long delay in rendering a decision has afforded time for mature consideration. The Court has decided unanimously that the sale to the Chemical Foundation was vaild and legal and that the Foundation has made no improper use of the powers which it thus acquired.

This decision is a momentous one for everyone who has anything to do with drugs and chemicals in any way whatever.

To the physician it means that he will have a steady and regular supply of reliable drugs, of American manufacturers, which can never again be upset or cut off by the vicissitudes of war. The same considerations apply to the pharmacists. Among the vitally necessary drugs affected may be mentioned the arsphenamines, cinchophen, barbital, the flaflvines, procaine and a host of others.

To the drug manufacturer, who has invested thousands of dollars in apparatus for the manufacture of drugs and chemicals under the Foundation's licenses, it means relief from a certain degree of anxiety (though the outcome of the case could scarcely have been in doubt) and a tremendous inspiration to further investigations looking to the production of more and better drugs and chemicals for America.

To the nation at large, it means that reliable medicines will continue to be sold at reasonable prices; and, more or less indirectly, that the dye industry of America which is now in a flourishing condition, thanks to the Chemical Foundation, will be available for government uses should we become involved in another war.

Nor are medicine and pharmacy the only lines of endeavor affected by this momentous decision. The steel and packing industry and many others will be vastly benefited by the freedom of chemical investigation and activity which is now assured them.

LAS ACTIVIDADES de la FUNDACION ROCKEFELLER DURANTE EL AÑO 1925.

La Fundación Rockefeller fué organizada en el año 1913 "con el objeto de fomentar el bienestar de la humanidad por todo el mundo." Dispone esta institución de un fondo principal de 165,204,624 dólares, del cual, tanto el capital como las rentas, se hallan disponibles para asignaciones en pro del desarrollo de las actividades relacionadas con la sanidad pública. Sus recursos y sus planes están controlados o dirigidos por una junta a perpetuidad compuesta de síndicos honorarios. Los trabajos de la Fundación se llevan a cabo por medio de cuatro agencias departamentales, a saber: 1a., la Junta de Sanidad Internacional; 2a., la Junta Médica de la China; 3a., la División de Educación Médica y 4a., la División de Estudios.

Junta de sanidad Internacional.—Durante el año 1925, la Junta de Sanidad Internacional ayudó a los Gobiernos de noventa y tres Estados y países en pro del desarrollo de proyectos sanitarios de varias clases. Estas empresas incluyeron las actividades siguientes: campañas de control contra la fiebre amarilla y la uncinariasis; investigaciones de campaña y experimentos relacionados con el dominio del paludismo; trabajos sanitarios entre condados y regiones rurales y suministro de facilidades para el desarrollo de divisiones especiales del servicio de sanidad pública. Contribuyó también al establecimiento y sostenimiento de escuelas e institutos de higiene pública en diez países y proporcionó un total de ciento noventa y ocho plazas subvencionadas a personas con la ciencia de sanidad pública; facilitó los medios para el establecimiento de estaciones sanitarias de campaña dedicadas a la enseñanza del trabajo sanitario público, especialmente aquellas fases relacionadas con el control de la malaria y la uncinariasis; y facilitó fondos a la Sección de Salud de la Liga de las Naciones para la efectuación de intercambios del personal de salud pública internacional y para el sostenimiento de un servicio de epidemiología y de información de sanidad pública.

Varios reconocimientos sanitarios con relación a la fiebre amarilla que se llevaron a cabo durante el año en Venezuela, Perú, Ecuador y los países de la América Central, demostraron que estas regiones están enteramente libres de esta enfermedad. La única región del Hemisferio Occidental en donde ocurrieron casos de fiebre amarilla durante el 1925 fué en la parte del norte del Brasil. Varias campañas sanitarias en pro de la exterminación del mosquito de la fiebre amarilla se verificaron en once de los Estados del Brasil, y como medida de precaución en las repúblicas centroamericanas de Salvador, Guatemala, Nicaragua y Honduras. Este año también se envió una comisión de fiebre amarilla al Africa Occidental para que efectúe reconocimientos y estudios de laboratorio de aquella región.

La Fundación prestó su ayuda para la efectuación de demostraciones prácticas de control, relacionadas con el paludismo, en doce Estados de los Estados Unidos; en el Estado de Río de Janeiro, Brasil; en la provincia de Tucumán, Argentina; en la provincia de Calabria y en Cerdeña, Italia; en Palestina y en las Islas Fili-

pinas. Se verificaron reconocimientos sanitarios de paludismo en Haití, Puerto Rico, Costa Rica, Nicaragua y Ceilán.

Se ayudó a Gobiernos de dieciocho países en operaciones sanitarias de control antiuncinárico y se llevaron a cabo resonocimientos de uncinarias en nueve países. Un total de doscientos veintiún condados situados en veintiséis Estatos de los Estados Unidos recibieron ayuda que tendía a conseguir el desarrollo de organizaciones sanitarias rurales y de condados; asistencia de la misma índole se les dió a ocho condados del Estado de Sao Paulo y a cinco condados del Estado de Minas Geraes, Brasil; a la provincia de Bulacán, Islas Filipinas: al Departamento Herault de Francia; al distrito de Kvasice, Checo-Eslovaquia; al distrito de Hartberg, Austria; y a los distritos de Skierniewice y Mokotow de Varsovia, Polonia.

La Fundación prestó su cooperación en pro del desarrollo de laboratorios de higiene pública en doce Estados de los Estados Unidos y en Guatemala, Costa Rica, Salvador, Islas Filipinas y China. Se proporcionaron los medios para que seis Estados de los Estados Unidos dieran extensión a sus servicios epidemiológicos y a seis Estados se les ayudó para que perfeccionaran sus sistemas de estadísticas vitales. Seis Estados de los Estados Unidos y las repúblicas de Honduras, Nicaragua y Salvador recibieron ayuda para el establecimiento de divisiones de ingeniería sanitaria. Se cooperó con el Departamento Nacional de Sanidad del Brasil y con el Negociado de Enfermeras en Francia en beneficio del desarrollo de servicios de enfermeras de salud pública.

La Fundación contribuyó con fondos en beneficio de las instituciones siguientes: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard; Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Toronto; Instituto de Higiene de Sao Paulo (Brasil); Facultad Médica de Bahía (Brasil); Instituto de Higiene del Estado en Praga; Instituto de Higiene de Varsovia; Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Instituto de Higiene de Budapest; Escuela de Salud Pública de Zagreb (Yugo-Eslavia); Instituto Central Epidemiológico en Belgrado (Yugo-Eslavia); Instituto Serológico del Estado (Copenhague), y Colegio Imperial de Agricultura Tropical en Trinidad.

Junta Médica de la China.—El sostenimiento del Colegio Médico Unión de Pekín continúa siendo la actividad provincial de la Junta Médica de la China. Absorbe, además, cerca de un 60 por 100 del presupuesto anual de la Junta. Al finalizar el año académico 1925, la Escuela Médica tenía una matrícula de cincuenta y siete estudiantes del curso regular ciento doce alumnos graduados prosiguiendo estudios avanzados y varios estudiantes especiales de ramas de laboratorio. La facultad, excluyendo a los oficiales subalternos y ayudantes, estaba compuesta de trece profesores chinos y cuarenta y dos profesores de raza europea. Tres profesores de prestigio en el campo de la ciencia médica prestaron servicios durante parte del año en capacidad de profesores visitantes. Los cursos intensivos, pero breves, que ofrece esta institución en oftalmología, roentgenografía, obstetricia y ginecología, y en cirugía, hacen posible el que tanto los médicos chinos como los misioneros, estén al alcance de los últimos adelantos en estas fases de la medicina. Un total de noventa y seis médicos graduados fueron beneficiarios de estos cursos de ampliación, muchos de ellos por medio de becas limitadas. El Colegio da estímulo y énfasis a aquellos

trabajos de investigación científica relacionados con los porblemas que tienen particular interés para la China. La Junta ha hecho contribuciones especiales, durante los dos últimos años, para la efectuación de estudios por parte del Departamento de Medicina tocante al Kala-azar. Se continuó también dando asistencia económica a dos escuelas de medicina más, a saber: la Universidad Cristiana de Shantung y al Colegio de Medicina de Hunan-Yale.

La escuela de enfermeras del Colegio Unión de Pekín ofrece cursos regulares para enfermeras y cursos avanzados para graduadas y hace todos los esfuerzos posibles para dar estímulo al mejoramiento de la educación y servicios profesionales de esta rama por toda la China. Durante el año 1925 se admitió un total de veinte estudiantes para el curso regular y once graduadas para estudios de ampliación. Las enfermeras graduadas que forman parte del personal del Hospital reciben instrucción suplementaria en distintas fases de su profesión. Desde que se suspendió el curso de preparación para ingreso en la escuela médica (curso premédico) se ha hecho un arreglo con el departamento de mujeres de la Universidad de Yenching, en Pekín, mediante el cual esta institución ofrece a aquellos que lo requieran, los cursos en asignaturas científicas correspondientes al primer año.

Ha sido marcado y alentador el éxito de los primeros años de la Escuela de Preparación de Enfermeras Sleeper-Davis (Pekín) y de la Escuela de Enfermeras del Colegio Médico Unión de Pekín, en donde el hospital de la anterior institución ofrece ciertas facilidades clínicas a las enfermeras en preparación; la última da instrucción a un número de estudiantas escogidas durante los últimos seis meses de su curso.

El curso de preparación para ingreso en la escuela médica que hasta hace poco venía ofreciendo el Colegio Médico Unión de Pekín, fué suspendido en 30 de junio de 1925, y la mayor parte del trabajo transferido a la Universidad de Yenching, en Pekín. La clausura del departamento de preparación premédica se debió al excelente y constante progreso de la enseñanza de ciencias en las diferentes escuelas del Gobierno y de las misiones, progreso éste que en parte se debe al estímulo y ayuda de la Junta en pro de la educación preparatoria en la China. Durante el año 1925 se presupuestaron cantidades en beneficio de los departamentos de ciencias de la Universidad del Sudeste, Universidad de Nankai, Colegio de Tsing Hua, Universidad Cristiana de Shantung, el Colegio de Yale de China, Universidad de Yenching y al Colegio de Ginling; también se dió ayuda a siete escuelas más.

Se dieron tres donaciones para hospitales durante el 1925 y se continuaron los presupuestos en favor de veintiuna instituciones más, situadas en puntos estratégicos y con influencia de consideración. La Junta también continuó costeando los gastos de un Negociado de Arquitectura que da ayuda técnica en aquellas cuestiones relacionadas con la construcción de hospitales y laboratorios científicos, particularmente aquellos para los cuales la Junta ha hecho contribuciones en el pasado. Durante el año se otorgaron plazas pensionadas para estudios de ampliación a treinta y un profesores de cirugía médica, quince profesores de ciencias premédicas, diez enfermeras y a cuatro personas más para que prosiguieran estudios de varias clases.

División de Educación Médica.—El programa cooperativo de la Fundación con ciertas escuelas médicas de la Gran Bretaña se mantuvo activamente durante el año 1925. El hecho distintivo del trabajo realizado durante el año fué la asignación de 100,000 libras para la construcción del edificio de patología de la Universidad de Cambridge, además de varias remesas en relación con las 35,000 libras subscritas para la dotación de esta escuela. La Universidad de Edimburgo recibió una donación de 35,000 libras para la construcción y equipo de su nuevo edificio de laboratorios clínicos. Se subscribió una cantidad montante a tres millones de francos en favor de la Universidad de Estrasburgo para edificar un instituto de histología, concluir la construcción de su edificio de otolaringología y establecer un fondo para investigaciones científicas. La Fundación contribuyó con una suma de 460,000 florines en pro de un plan cooperativo cuyo propósito es el desarrollo del Instituto de Farmacología de la Universidad de Utrecht. También se cooperó económicamente en favor de la erección del edificio y equipo de un Instituto de Fisiología en la Universidad de Copenhague. Durante el 1924 se empezaron a hacer los pagos de acuerdo con el plan de construcción de los nuevos edificios para la Universidad libre de Bruselas; a principios del año 1925 ya se había puesto manos a la obra de edificación de la escuela de medicina de esta institución. La participación de la Junta en el plan cooperativo de Bruselas, incluye la construcción y dotación de la escuela de medicina y una dotación de fondos para el mantenimiento de un hospital moderno que habrá de construirse con fondos suministrados por los belgas. El nuevo proyecto para fines de educación médica en el Oriente, fué inaugurado mediante una contribución de 350,000 dólares. (Straits dollars) como dotación para las cátedras de química y bacteriología en el Colegio de Medicina del Rey Eduardo VII, en Singapur. El Gobierno de los Establecimientos de los Estrechos ha acordado fundar una cátedra de biología y llevar a cabo ciertas empresas en pro del desarrollo de esta escuela. Se continuó dando actuación a los proyectos previamente emprendidos con relación a las escuelas de medicina siguientes: Universidad del Estado de Iowa, Universidad de Pennsylvania, Universidad Americana de Beirut, Facultad de Medicina de Sao Paulo (Brasil), Universidad de Chulalongkorn, Bangkok. Se verificó un acuerdo con la Universidad de Montreal, de cinco años de duración, con el fin de dar desarrollo a sus laboratorios. El proyectado establecimiento de un centro médico en grande escala por el Colegio de Médicos y Cirujanos y por el Hospital Presbiteriano, de la Universidad de Columbia, que ha sido objeto de mucha deliberación desde hace tiempo, fué finalmente consumado hacia fines del año 1925 mediante la asignación de un millón de dólares para las obras y equipo del mismo.

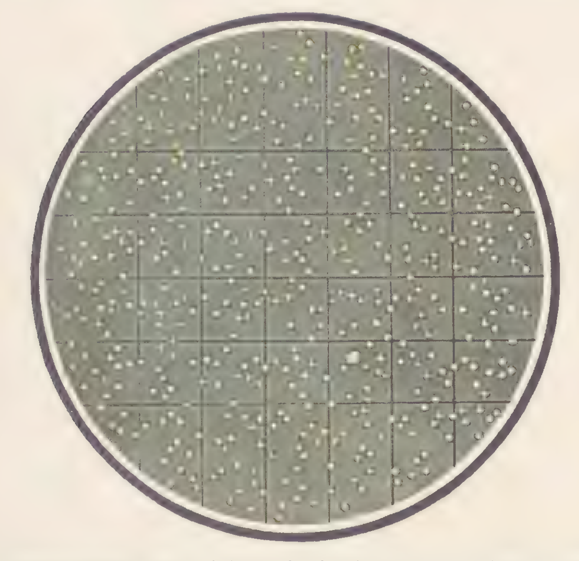
Durante el año 1925 varios oficiales médicos de la División efectuaron investigaciones de los sistemas de educación y estudios implantados en un número de escuelas situadas en Irlanda, Noruega, Francia, Alemania, Italia, Manila y Hong Kong. El Director investigó personalmente el estado de cosas en los centros médicos europeos, a los cuales ya se había dado auxilio económico en varias formas para subsanar la situación resultante de la guerra. Es tan lisonjero el estado de cosas en la actualidad, que, al terminarse el período cooperativo de cinco

NB plate below inserted between page 26-27

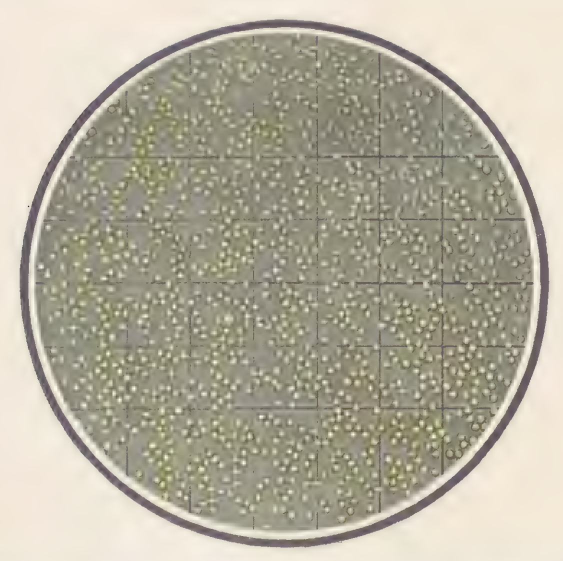
EXAMEN MICROSCÓPICO DE LA SANGRE

(HEMATÍMETRO DE MALASSEZ)

Para saber el número de glóbulos rojos en un milímetro cúbico, se multiplica por 10.000 la cifra de glóbulos rojos encontrada en un rectángulo.



1° Estado anémico grave : Número de glóbulos rojos por milímetro cúbico : 200 × 10.000 = 2.000.000.



2° Regeneración globular después de tratamiento opoterápico racional : Número de glóbulos rojos por milímetro cúbico : 500 × 10.000 = 5.000.000.

años, originalmente proyectado, no habrá necesidad de prestar más auxilios en la mayoría de los casos. Las asignaciones para materiales de laboratorios cesan durante el año 1926 y estos fondos se dedicarán a subsanar otras necesidades. Se ha solicitado de todos aquellos países que hasta ahora han sido suministrados con revistas médicas, que desde ahora en adelante asuman la responsabilidad de este gasto mediante asignaciones especiales en sus presupuestos futuros.

Una comisión procedente de la Facultad de Medicina y Cirugía de Sao Paulo (Brasil), en calidad de huésped de la Fundación, visitó durante el verano y parte del otoño, los centros médicos de los Estados Unidos, Canadá y de varios países europeos. El déan y otros miembros del cuerpo facultativo de la Facultad de Medicina de Lyón fueron invitados para que visitasen los centros médicos de Inglaterra durante el verano. Se dispuso un plan de viajes para que ciertos profesores procedentes de Inglaterra, Java y Siam tuviesen oportunidad de hacer visitas a este país y a otros del extranjero. Un total de doscientos setenta y cuatro individuos, procedentes de veintiocho países, prosiguieron estudios avanzados mediante la concesión de plazas subvencionadas o becas por la División de Educación Médica, sin incluír aquellos que estudian bajo la dirección del Consejo Nacional de Investigaciones Médicas (British Medical Research Council).

Durante el año 1925 la Fundación continuó sus actividades de carácter cooperativo con la Academia de Medicina de Nueva York en todos aquellos asuntos relacionados con el programa de reorganización y expansión de la educación médica. Siguiendo la costumbre de años anteriores, se le dió una contribución en metálico a la Asociación Médica Americana con el fin de cubrir el déficit incurrido por motivos de la publicación y distribución de la edición en español de su revista. Se hizo también una donación de 10,000 dólares para ayudar a sufragar el coste de una investigación del curso regular de estudios en medicina, bajo los auspicios de la Asociación de las Escuelas Americanas de Medicina. La División publicó durante el año el tercer volumen de la serie titualada "Métodos y Problemas relacionados con la Educación Médica."

División de Estudios.—El programa actual de la División incluye las siguientes actividades: 1a., ayuda en pro de la educación yestudios de enfermeras en hospitales y dispensarios; 2a., cooperación en los estudios de biología humana, incluyendo la fisiología general y las ciencias mentales, y 3a., estudios relacionados con aquellos proyectos que de cuando en cuando la Fundación considera de importancia.

La Fundación Rockefeller se subscribió, en el año 1925, con una donación de 100,000 dólares para la Universidad de Vanderbilt y otra de 40,000 dólares para el Colegio Normal de George Peabody, por un término de cinco años, para ayudar al proyectado establecimiento de un centro médico en Nashville, Tennessee, que se dedicará a la educación de enfermeras y ministrantes de salud pública. Ya se han estudiado todas las facilidades disponibles para la enseñanza de enfermeras de raza negra en los Estados Unidos; se adoptaron y quedaron terminados los planes para ayudar al establecimiento de un sistema de enseñanza de enfermeras en Siam; se dió auxilio económico a la Escuela de Sanidad Pública y a la de enfermeras de hospital de la Universidad de Cracovia, Polonia; y se continuó dando

apoyo a las demostraciones y experimentos con relación a la enseñanza profesional de enfermeras emprendidos en 1o. de julio de 1923, mediante un acuerdo de cinco años de duración. Un total de cincuenta y dos plazas subvencionadas ("fellowships") fueron otorgadas a igual número de enfermeras, de competencia demostrada, para que prosiguiesen estudios avanzados en los Estados Unidos y otros países del extranjero y así habilitarlas para el desempeño de puestos de importancia dentro del sistema educativo de sus propios países. Varias autoridades en el campo de la educación profesional visitaron, en calidad de huéspedes de la Fundación, a los Estados Unidos y a los países de la Europa continental con el objeto de observar los sistemas educativos en boga allí; también a varios de los expertos en esta rama residentes en los Estados Unidos se les proporcionó los medios de visitar a Inglaterra y los países del Continente Europeo.

Teniendo en consideración que el año 1926 es el sexto y último año para la ejecución del programa encargado al Comité para el Establecimiento y Desarrollo de Dispensarios, cuyos gastos han sido costeados por la Fundación Rockefeller, se acordó favorecer nuevamente al Comité con una asignación de 90,000 dólares más para que durante los próximos cuatro años finales finalice sus trabajos y traspase sus actividades a agencias de carácter permanente.

Continuó dando ayuda al Comité Nacional de Higiene Mental de los Estados Unidos y al Comité Nacional de Higiene Mental del Canadá. Una asignación de fondos, por un período de dos años, le fué concedida a la Universidad de Iowa en pro del desarrollo en su Departamento de Neurología y Psiquiatría, de un centro importante de investigaciones acerca de la fisiología del cerebro y de otros estudios, incluyendo indagaciones tocante a

los defectos mentales de los niños de escuela.

En el campo de la biología humana, la División prestó su cooperación y asistencia. A la Universidad de Johns Hopkins se le hizo una asignación montante a 175,000 dólares, pagadera durante un período de cinco años, para el establecimiento de un instituto de investigaciones biológicas. Las actividades del instituto se concretarán a estudios experimentales, a las investigaciones de estadísticas y de otras fases relacionadas con la duración de la vida y la senectud. Se ofreció proporcionar los medios para la construcción, equipo y dotación de la Estación Biológica Marina en Pacific Grove, California. Se presupuestó una suma de 10,000 dólares al año, durante cuatro años, para fomentar investigaciones relacionadas con los antroideos bajo la dirección de la Universidad de Yale. Durante el año 1926 la Fundación emprenderá el pago de la donación suscrita en beneficio cio de la revista "Extractos Internacionales de Ciencias Biológicas". Esta donación, según acuerdo anterior, se efectuará durante un perodo de diez años. La revista saldrá a la luz empezando con las publicaciones del año 1926. Las plazas subvencionadas para estudios que se otorgan a investigadores y profesores de ciencias naturales, bajo la administración del Consejo Nacional de Investigaciones (National Research Council), continuaron en vigor durante el año.

. *Publicaciones.*—Las actividades de la Fundación y de sus varios departamentos, están descritas en detalle en los varios informes anuales, a saber: 1a., Reseña del Presidente, o sea, un resumen breve e ilustrado de las actividades del año; 2a., Informe de la Junta de Sanidad Internacional que se publica en inglés y en español; 3a., Informe de la Junta Médica de la China, y 4a., Informe Anual Completo de la Fundación que contiene, además de los informes mencionados, una nota del estado de cuentas hecha por el Tesorero e informes de la División de Educación Médica y de la División de Estudios.

Los oficiales ejecutivos de la Fundación, son: John D. Rockefeller, Jr., Presidente de la Junta de Síndicos; George E. Vincent, Presidente; Frederick F. Russel, M. D., Director General, Junta de Sanidad Internacional; Roger S. Greene, Director General, Junta Médica de la China; Richard M. Pearce, M. D., Director, División de Educación Médica; Edwin R. Embree, Director, División de Estudios; Norma S. Thompson, Secretaria; L. G. Myers, Tesorero. Las oficinas están situadas en el número 61, Broadway, Ciudad de Nueva York.

* * *

Programa del Congreso de la Sociedad Internacional de Sexuología y Congreso Internacional de Berlín (octubre de 1926). Antes de la guerra existía en Alemania la "Sociedad Internacional de Sexuología, con sede en Berlín. La gran catástrofe europea motivó, aunque sin disolverla, la paralización de las actividades de tan importante entidad científica. Recientemente, merced a los Dres. Alberto Moll, Max Marcuse y al Profesor Julius Wolf, que fué su presidente en el año 1913, se han iniciado las gestiones para la organización de una nueva sociedad. Con tal objeto han sido invitados algunos sexuólogos de varios Estados, para formar un Comité Organizador de la nueva Sociedad y al propio tiempo se ha resuelto realizar un Congreso Internacional en Berlín, durante los días 11-15 de octubre próximo. El Comité organizador se compondrá de los

delegados de los varios Estados, en número de tres o cuatro para cada Estado grande y en número menor para los Estados más pequeños. Dicho Congreso ha fijado el siguiente programa provisional:

Octubre 11, lunes: a) teoría de las constituciones, especialmente endocrinología (fisiología y patología); sexualidad desde el punto de vista biológico; b) herencia (herencia del sexo, proporción de los sexos, herencia patológica); c) biología sexual comparada (razas, pueblos animales, etc.), incluyendo la filogénesis; d) biología sexual experimental (castración, variación de sexo, hermafroditismo experimental).

Octubre 12, martes: Psicología: a) psicología sexual normal y patológica; b) psicología comparada de los sexos; c) psicología de las diversas edades (en particular de la pubertad y del climaterio); d) psicología individual.

Octubre 13, miércoles: A. Higiene social y eugénica: a) prostitución; b) el problema de los solteros y de los núbiles; c) consejos matrimoniales (impedimentos o prohibiciones al matrimonio); elección de cónyuge (matrimonio entre componentes de las diversas razas, matrimonios consanguíneos); d) selección natural y voluntaria; selección al revés, esterilización, deportación. B. Sociología y cultura: a) historia del matrimonio; b) naturaleza del matrimonio; c) arte; d) religión, mística; e) ética moral; f) feminismo; g) movimientos juveniles.

Octubre 14, jueves: a) constitución sexual y criminalidad; b) delincuentes sexuales masculinos y femeninos; c) delitos sexuales contra los menores (negligencia sexual, corrupción sexual, psicología de los testimonios de lòs menores); d) derecho penal y su reforma; e) sexualidad y derecho matrimonial (impedimentos, divorcio, noviazgo); f) adopción, tutela, legitimación de los hijos ilegítimos.

Octubre 15, viernes: Teoría de la población: a) natalidad (disminución de la natalidad); b) facilitación o impedimento de la concepción (métodos preventivos); c) movimiento de la población (emigración, inmigración, etc.); d) estadística sexual (estadística casuística y de grupos.)

Habrá, además, sesiones de las secciones. Oportunamente daremos detalles más minuciosos.

* * *

II Congreso de la Sociedad otoneurooftalmológica.—Tendrá lugar en Roma los días 20, 21 y 22 de octubre. Tema asignado al Profesor Barré (de Strasburgo): "La unificación de los métodos de exploración vestibular."

Se celebrará una sesión dedicada a la memoria del Profesor Gradenigo.

Se admiten adhesiones hasta el 25 de septiembre. Secretario: Profesor Giorgio Ferreri, via Goito, 39. Roma.

* * *

XVIII Congreso de la "Societá Freniatrica Italiana."—Tendrá lugar en Trento en el otoño de 1927. Figurarán en él los siguientes temas: "La tensión endocraneana y su relación con las neurosis y las psicosis"; ponentes: Dr. G. Ayala y Boschi; "Las alteraciones de la citotectonía cortical en las enfermedades mentales;" ponentes: doctores Cerletti y Bonfiglio; y "La capacidad civil de los enfermos y anormales mentales en la legislación actual y posible reforma de ésta;" ponentes: doctores Cappelletti y V. Bianchi.

El Presidente del Comité organizador del Congreso es el Profesor Alberti, Director del Manicomio de Pergine (Trento.)

V Congreso rumano de Otorrinolaringología.—Tendrá lugar en Bucarest el 24 y 25 de octubre de 1926, a las diez de la mañana, en el gran anfiteatro del Hospital Coltea, bajo la presidencia del Dr. Costiniu.

Ponencias: "Las vegetaciones adenoideas desde el punto de vista endocrino"; ponentes, Koleszar, (Cluj), Vasiliu y Tatarsky; "La sordomudez en Rumanía"; ponente, Daraban.

Secretario general: L. Mayersohn, 81 Calea Mosilor, Bucarest.

* * *

LX Congreso de las "Sociétés Savantes de París.—El LX Congreso de las "Sociétés Savantes" de París y de los departamentos se inaugurará en la Sorbona el 19 de abril de 1927 a las 14 horas. Las ornadas de los días 19, 20, 21 y 22 se consagrarán a los trabajos del Congreso. La sesión general de clausura tendrá lugar el 23 de abril a las 14 horas.

* * *

El VI Congreso nacional francés de la natalidad.—El VI Congreso nacional francés de la natalidad se reunirá por primera vez este año en la ciudad de París del 23 al 26 del próximo septiembre, bajo la presidencia de M. Isaac.

El Congreso celebrará sus sesiones en la Escuela Superior de Altos estudios comerciales.

* * *

Donativos importantes.—El conde de Abásolo, en memoria de su difunta hermana doña Flora Abásolo, ha hecho un donativo de 50,000 pesetas al Hospital y otro de 25,000 a la Casa de Misericordia de Bilbao, ha entregado 10,000 pesetas al Colegio de Sordomudos y Ciegos, y otras 10,000 a la Asociación Vizcaína de Caridad.

También en Bilbao se ha hecho recientemente otro importantísimo donativo, cual es de un millón de pesetas a la Santa Casa de Misericordia de aquella ciudad, por don Luis Briñas.

D. Luis Briñas no es la primera vez que da pruebas de su cariño y desprendimiento a la ciudad de Bilbao, y hace al mismo tiempo que caridad, otro bien a España, al dar ejemplo, el de emular a los reacios a quienes sobra más que les falta, a los desheredados de la fortuna y de la salud.

(*De "El Siglo Médico*).

* * *

Una Oficina sanitaria panafricana de informaciones epidemiológicas.— En la conferencia sanitaria internacional que se reunió en París del 10 de mayo al 21 de junio último, se ha decidido organizar en Alger, bajo la dirección del Dr. Lucien Raynaud, Inspector general de los servicios higiénicos de Algeria, un centro de informaciones sanitarias destinado a recibir las informaciones procedentes de toda el Africa, de los puertos y costas en las que ocurren de tiempo en tiempo infecciones pestilenciales (peste, fiebre amarilla) y del interior, en donde las enfermedades epidémicas (enfermedad del sueño, tifus recurrente, viruela, meningitis cerebroespinal, etc.) provocan una mortalidad excesiva. Esta oficina sanitaria podrá convertirse, para el Africa, en el equivalente de lo que es para el Asia la oficina de Singapoore; esta funciona desde hace algún tiempo a completa satisfacción de las autoridades sanitarias del Extremo Oriente y del mundo entero, y está regulargente al corriente de los incidentes concernientes a la salud pública sobrevenidos en regiones lejanas de donde pro-

ceden los informes que se recogen semanalmente y luego se difunden por todos los medios de comunicación (T. S. H., cables, correo) de que dispone en los tiempos actuales.

(*De "Maseille Medical*).

* * *

Por Real decreto de 25 de junio del presente año, relativo a la reforma del Consejo de Instrucción pública, ha sido nombrado consejero del mismo, adscrito a la sección 4a., D. Enrique Suñer, catedrático de Pediatría de la Facultad de Madrid.

* * *

Refuerzo del prohibicionismo en los Estados Unidos.—La Comisión de prohibición del Senado norteamericano acaba de aprobar la medida adoptada por la administración en el sentido de reforzar la prohibición, habiendo resuelto recomendar esa medida a la comisión judicial que se reunirá próximamente.

(*De "La Semana Médica*).

* * *

Avances del prohibicionismo en Europa. Mientras el Reichstag discute el proyecto de ley sobre opción local de la prohibición de bebidas alcohólicas, el presidente de la Baja Silesia decretó una verdadera ley seca. Esta es la primera vez que en la historia de Alemania se haya prohibido la venta de bebidas alcohólicas.

El nuevo decreto prohibe la venta de toda clase de licores, cerveza y vino, desde las nueve de la mañana hasta las ocho de la tarde en todos los hoteles y restaurantes, cafés y cantinas.

(*De "La Semana Médica*).

* * *

Primeras autopsias practicadas por los europeos en América.—El 10 de julio de 1533, un monstruo femenino doble perturtó a Santo Domingo. Oviedo (1478-1557,) el autor de la Historia General y Natural de las Indias, declara que vió a las gemelas al diá siguiente del nacimiento diciendo que estaban fundidas desde la región umbilical hasta precisamente más abajo de las mamas, y que al lado derecho de la gemela mayor estaba unido al izquierdo de la otra. No tenían más que un ombligo, dos piernas, dos brazos y dos mamas, y "hubieran sido bellas mujeres". De las respuestas del padre a los funcionarios públicos, sededujo que se trataba de dos individuos con dos almas, y por lo tanto, se bautizó a las gemelas con los nombres de Johanna y Melchora. A fin de subsanar toda posible dificultad, el sacerdote empleó, al bautizarlas, la fórmula de rigor para los casos en que hay dudas sobre el bautizo anterior. Las gemelas vivieron ocho días y se practicó la autopsia para determinar si se trataba de uno o dos indivíduos. Oviedo asistió y anotó sus observaciones de lo que parece haber sido la primera autopsia practicada por los europeos en el Nuevo Mundo, en esta forma:

"Siguióse después a los diez é ocho días dl mes e año ya dichos (Julio, 1533), que á causa que la oche antes estas niñas ó mónstruos estaban muertas, sus padres vinieron en consentimiento de las abrir; y puestas en una mesa, el bachiller Johan Camacho, óptimo cirujano, en presencia de los doctores de medicina, Hernando de Sepúlveda é Rodrigo Navarro, las abrió con una navaja por a par del ombligo, é les sacó todas las interiores; é tenían aquellas cosas que en dos cuerpos humanos suele aver, conviene a saber: dos asaduras, é sus tripas distintas é apartadas,

é cada dos riñones, é dos pulmones, é sendos corazones, é hígados, é en cada uno una hiel, excepto que el hígado de la una é de la otra estaban juntos y pegados el uno al otro; pero una seal o linia entre ambos hígados, en que claramente se parescia lo que pertenescia a cada una parte. E assi abiertas estas criaturas, pareció que el ombligo o vid que en el exterior era uno al parescer, que en el interior é parte de déntro dé dividia en dos caños o vides, é cada una dellas y ba á su cuerpo é criatura, a quien pertanescia, auuque por de-fuera, como hedicho, paresciesse uno solo."

Los resultados de la autopsia parecieron apoyar la deducción de que Johanna y Melchora eran dos individuas distintas, y por lo tanto, se les desunió espiritualmente.

En lo que sabemos, Champlain meniiona las próximas autopsias practicadas en los Estados Unidos. Según parece, fueron las primeras en adultos, y también las primeras encaminadas a distinguir la naturaleza de una enfermedad. El explorador francés pasó el invierno de 1605 en la Isla St. Croix. En la primera edición de sus "Voyages" (París, 1613) dice (Livre 1, Vú, pp. 53-54) :

"En el invierno mucho sde los nuestros sufrieron de una enfermedad llamada "mal de terre", o escorbuto, según el nombre que le han dado después los doctores. En las bocas de los afectados, había grandes trozos de carne esfacelada y mucha putrefacción. El estado empeoró hasta que no podían ingerir alimento, ni siquiera líquido con facilidad. Los dientes se aflojaron y podían sacarse con los dedos, sin dolor. Al cortarse la carne esfacelada, había mucha hemorragia. Luego se presentó dolor intenso en los brazos y piernas, que molestaba mucho, y debido a la contracción de los nervios, los enfermos no podían caminar. Hasta los movimientos pasivos eran dolorosos. También había mucho dolor en el riñón, estómago e intestino y disnea. Muchos tuvieron síncopes, y de 79 afectados murieron 35. La mayor parte de los repuestos se quejaban de algún dolor y falta de alimento."

Ninguno de los remedios empleados afectó la evolución y se disecaron varios cadáveres a fin de descubrir la causa de un "mal tan cruel."

"En muchos, dice Champlain, estaban mortificadas las partes interiores, tales como los pulmones, y tan cambiadas, que no pudo descubrise ningún líquido natural. El bazo estaba seroso e hinchado. El hígado estaba leñoso y salpicado sin su color natural. La vena cava, superior e inferior, estaba llena de sangre coagulada y espesa y negra. La hiel estaba contaminada. Sin embargo, muchas arterias del intestino medio, así como inferior, estaban en muy buen estado. En algunos se pacticaron incisiones con una navaja en el muslo, en donde había manchas purpúreas, y brotó por ellas sangre coagulada muy negra. Esto fué lo observado en los cadáveres de los infectados. Nuestros cirujanos sufrieron del mismo modo que el resto. Los que continuaron enfermos se repusieron para la primavera, que comienza en este país en Mayo, lo cual nos hizo creer que el cambio de estación les devolvió la salud más bien que los remedios prescritos."

* * *

Centenario de la Sociedad Anatómica de París (1826-1926).—Esta sociedad ha decidido celebrar su centenario con una reunión solemne el día 16 de diciembre de 1926.

La reunión constará de dos sesiones, por la mañana y por la tarde, que se ce-

lebrarán en el anfiteatro de Anatomía de la Facultad de Medicina.

Esta fecha ha sido elegida a fin de que coincida con las fiestas del centenario de Laennec (13, 14 y 15 de diciembre de 1926.

La Sociedad ha puesto en la orden del día de estas dos sesiones el asunto siguiente:

"Concepciones anatómicas actuales de la tuberculosis pulmonar."

Su exposición ha sido confiada a dos ponentes:

El Profesor M. Letulle (de París) y el Profesor Meyenbourg (de Rurich).

Después de la lectura de las ponencias se harán comunicaciones a propósito del asunto mencionado.

Secretario de la Sociedad: Dr. Leroux, 21, rue de l'Ecole de Medicine, París.

* * *

Reglamentación de la exportación del opio.—Se anuncia que el Gobierno de la India, con la cooperación de lord Birkenhead, Secretario de Estado de la India, ha decidido fijar en 10 años el período dentro del cual cesaría la exportación del opio de la India, exceptuando la que sea destinada a fines puramente medicinales. La supresión será progresiva hasta extinguirse totalmente. El Gobierno inglés someterá al Parlamento un proyecto para realizar este propósito.

La reducción progresiva de los cultivos y de la exportación será del 10 por 100 anual, de modo que la última exportación se realizará durante el año 1935. Durante dicho período decenal las exportaciones serán permitidas bajo la condición de que se efectúe la venta directamente a los Gobiernos de los países importadores.

La venta del opio en pública subasta que se realizaba en Calcuta, ha sido suprimida desde el día 7 de abril del corriente año.

(*De "La Semana Médica"*).

* * *

El matrimonio y la longevidad.—La Comisaría de Higiene de Chicago ha comprobado que la mortalidad es mucho menor en los hombres casados que en los solteros y sobre todo que en los divorciados.

En 1925 la mortalidad ha sido de 24 por 1000 para los hombres de 25 a 34 años. De estos 24, tan sólo 4 son casados, hay 5 solteros y 15 divorciados. Entre 35 y 44 años la proporción por 1,000 alcanza a 39, entre los que se contaban 7 casados, 14 célibes y 18 divorciados. Entre 55 y 64 años hay 29 hombres casados, 49 solteros y 56 divorciados. Por encima de las mencionadas edades la proporción es todavía más favorable para los hombres casados. Por lo visto los más longevos son los viudos.

FIFTY-FIFTY

An enterprising tradesman sent a doctor a box of cigars which had not been ordered, with a bill for six dollars. The accompanying letter stated that "I have ventured to send these on my own initiative, being convinced that you will appreciate their exquisite flavor."

In due course, the doctor replied: "You have not asked me for a consultation, but I venture to send you three prescriptions, being convinced that you will derive some benefit from it as pleasure I have derived from your cigars. As my charge for prescriptions is two dollars, this makes us even."

CHARLATANISMO MEDICO Y EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA

Por el Dr. Leopoldo Bar.

PROYECTO DE DECLARACION

La Honorable Cómara de Diputados de la Nación vería con agrado que el Poder Ejecutivo tome las medidas conducentes a fin de que el Departamento Nacional de Higiene y los funcionarios del Ministerio Fiscal velen por el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 208 del Código Penal.

Leopoldo Bard.

El artículo 208 del Código Penal, respecto del cual pedimos al Poder Ejecutivo tome las medidas conducentes para que sea una realidad, dice lo siguiente:

"Será reprimido con prisión de quince días a un año: 1º El que sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización anunciare, prescribiere, administrase o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aun a título gratuíto; 2º El que con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar anunciare o prometiere la curación de enfermedades a término fijo por medios secretos o infalibles; 3º El que con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar prestare su nombre a otro que no tuviere título o autorización para que ejerza los actos a que se refiere el inciso primero de este capítulo,"

Todo el mundo sabe que tanto en esta Capital como en el interior de la República, los "malos médicos", los curanderos y adivinas, desarrollan impunemente sus actividades, dándose además, el lujo de hacer una amplia reclame en diarios y volantes, a fin de aumentar el número de sus clientes.

Esto ocurre, como decimos, en plena civilización y en los centros de poca cultura, a pesar de que pocos ignoran—y menos ignorarán las autoridades que deben velar por la salud pública,—que el artículo 208 del Código Penal es terminante al respecto y pena con prisión a todo aquel que sin título ni autorización anunciare o administrare cualquier medio con destino al tratamiento de las enfermedades de las personas.

Es, por lo tanto, imprescindible e impostergable que el Departamento Nacional de Higiene to me la intervención que le corresponde, a fin de evitar que esta verdadera plaga de adivinas y curanderos continúe haciendo pingues negocios, poniendo en peligro, a cada rato, la vida de las personas que, las más de las veces por ignorancia, llegan hasta ellos en procura de salud o fortuna.

El autor de este artículo del Código Penal, el señor diputado doctor Rodolfo Moreno, decía al fundarlo lo siguiente:

"El curanderismo, en todas sus formas, es uno de los peores enemigos de la salud, a la vez que un medio inícuo de explotación, lo primero, porque cuando no pre-

cipita la muerte con procedimientos absurdos y antihigiénicos, deja avanzar las enfermedades mediante el empleo de medios completamente pueriles e innocuos; lo segundo, porque aprovecha del sufrimiento y del dolor para hacerse pagar generosamente su engaño y su mala fe. La comisión piensa, pues, que es necesario una vez por todas acabar con este mal que, desgraciadamente, se extiende en todas partes gracias a la divulgación de ciertos medios que pueden dar resultado en manos de un hombre de ciencia, pero que son una desgraciada parodia en poder del charlatán. No podíamos prescindir, por otra parte, ya que hacemos obra nacional, del clamor público contra esos profesionales del engaño y la mentira; no podíamos desatender las quejas que todos los días oíamos; no podíamos, en fin, ser sordos a la protesta de todos los hombres cultos y de las corporaciones científicas más autorizadas. Hemos procedido, en consecuencia, a legislar esta materia cuidando todos los detalles, a fin de llegar a la extirpación completa de este reconocido mal."

"Agregaremos que hemos tenido presente para este capítulo el proyecto que el Poder Ejecutivo remitió al Congreso en 1904."

"La disposición no se encontraba contenida en el proyecto de 1891, y constituye la principal innovación del de 1906, en el presente capítulo."

"El artículo tiene tres incisos, que comprenden distintas previsiones, tendientes a reprimir, no sólo el curanderismo, que es un mal social entre nosotros, sino el charlatanismo de algunos profesionales, que hacen uso indebido de las autorizaciones que les confiere su título de competencia."

"Examinaré esos incisos."

"El ejercicio de la medicina, sólo está permitido a los que tienen el título de médico otorgado por una universidad del Estado, o a los que, careciendo del mismo, están munidos de una autorización especial."

"El inciso primero del artículo no se refiere solamente al ejercicio de la medicina, sino en términos más generales a un arte de curar. Esto significa que rige para los médicos, cirujanos, parteras, dentistas, etcétera, para ejercitar un arte de curar se necesita el diploma de competencia y el registro del mismo."

"A veces, y con relación a lugares donde no existen profesionales, se confieren autorizaciones especiales para personas que no tienen título universitario. Estas personas deben ceñirse a los límites de la autorización, tanto territoriales como relativos a la materia, y si la exceden caen dentro de las prescripciones del inciso."

"Se incrimina, en consecuencia: 1º a los que no tienen título; 2º a los que no tienen autorización y 3º a los que la tienen pero exceden sus límites."

"El hecho material consiste, en anunciar, prescribir, administrar o aplicar habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas. El castigo concurre aun cuando la asistencia sea gratuita.

"Como lo que se reprime es el ejercicio indebido de una profesión, se exige el requisito de la vitalidad. El que diere accidentalmente una receta o un consejo no incurría en delito."

Anunciar o prometer la curación de enfermedades a término fijo o por procedimientos secretos e infalibles, es generalmente una manera de defraudar, porque la ciencia no ha encontrado todavía semejantes seguridades.

"Los profesionales que anuncian o prometen la curación segura explotan la credulidad de los pacientes y realizan un acto vituperable. Un facultativo que se estima y que tiene el concepto de su profesión, jamás incurre en esas aseveraciones, las que son el patrimonio de charlatanes negociantes."

"La ley ha hecho, así, perfectamente bien en castigarlos, y como el delito se comete frecuentemente, conviene la acción social a los efectos de impedir su repetición.

"El agente de la infracción no puede ser sino una persona con título o con autorización para curar. El elemento material concurre cuando se anuncia o se procede."

"El delito que aquí se reprime es tanto más vituperable cuanto que se ejecuta por personas ilustradas que explotan la desgracia de los que se encuentran abatidos por la enfermedad."

Se destaca luego de los mismos fundamentos no sólo lo que se refiere al ejercicio ilegal de la medicina por curanderos sino también por otras personas, sea que estén comprendidos entre las autorizadas al ejercicio de la medicina y ramos afines, sea las que sin título anuncian en forma desmedida y exagerada como lo voy a demostrar leyendo algunos anuncios que los señores diputados habrán tenido ocasión de ver en casi todos los diarios de la Capital, de las prvoincias y aun de poblaciones lejanas y de los centros menos poblados de nuestro país.

Tengo aquí algunos de esos anuncios que publican los órganos más difundidos del periodismo, y entre ellos los hay que se refieren a la curación absoluta de la parálisis infantil, que mis distinguidos colegas médicos que están aquí conocen perfectamente y saben que es una enfermedad que no es de curación tan fácil; sin embargo, dice el anuncio: "Curación total con masajes y otros remedios que se señalan." Dice otro: "medio de curar radicalmente la lepra." Otros hablan de curar radicalmente el cáncer y otras enfermedades incurables.

No he de leer los anuncios completos ni he de decir de qué diarios los he obtenido. Los pongo a disposición de los señores diputados. Y hay entre ellos no sólo anuncios de médicos que pueden naturalmente anunciarse como tales en los diarios, sino de personas que no pueden siquiera poner un anuncio que se relacione con la facultad de curar. Hay uno, por ejemplo, que dice lo siguiente: "Remedio infalible contra debilidad, agotamiento nervioso, etcétera. Solicite método ilustrado enviando cincuenta centavos para franqueo." Y a continuación la dirección de la persona que lo ofrece. Hay otros donde se ofrece una lista de medicamentos numerados y al lado de cada número se señala la enfermedad que cura; vale decir, que si se pide la hierba número 505, por ejemplo, cura el cáncer; la 304, cura la sífilis.

Anuncios como estos:

Secretas y de la piel. Especialista. Tratamiento moderno y garantido de las enfermedades venereosifilíticas, génitourinarias, impotencia viril y debilidad orgánica. Curación de la lepra y demás enfermedades graves de la piel.

———

Tratamiento radical de los cálculos del riñón y del hígado, sin operación. Métodos modernos para la curación de la diabetes (sin régimen.)

———

Remedio infalible, contra debilidad agotamiento nervioso, por exceso o enferme-

dades. Reintegra fuerzas varoniles sin medicamentos. Solicite método ilustrado. Pida informes del afamado remedio para epilepsia, ataques y enfermedades nerviosas, 30 años de éxito. Buenos Aires.

Como la epilepsia esencial es una enfermedad incurable, este específico materialmente rinde a quienes lo explotan.

Poderoso auxiliar contra debilidad sexual, agotamiento nervioso, por excesos o enfermedades.

Reintegra fuerzas varoniles sin medicamentos.

Remedios: 125, cáncer; 222, calvicie; 300 (a), colitis; 228, dolor de muelas; 300 y 165, estómago e intestinos; te 120, garganta, llagas, etcétera; te 18, hígado, tiricia, etc.; te 439, impotencia y esterilidad; te 300, jaquecas, vómitos; te 32, la sangre; te 777-221, mal secreto; te 902, nerviosidad, corazón; te 1023, obesidad, la piel; te 600, pulmones, tuberculosis; polvo vegetal 128, almorranas; te 164, reumatismo y sífilis; te 901, riñones y estreñimiento; te 300, parálisis; yerba No. 1022, tos crónica y tos de resfriados, etcétera; yerba No. 777, 200, vejiga (y siguen.)

Atiendo todo el día, especialista en todos los casos.

Partera, esp., pens., casa seria y acreditada, sin chapa.

En el día de ayer envié la siguiente nota y adjunté los anuncios que siguen:

"Tengo el agrado de dirigirme al señor presidente, en mi calidad de diputado nacional y con fines legislativos, a fin de solicitarle su autorizada opinión respecto a la aplicación del artículo 208 del Código Penal a los frecuentes casos de propaganda o anuncios hechos en términos análogos a los que adjunto a la presente.

"Saludo al señor presidente con mi mayor consideración distinguida."

"La prodigiosa criatura, dotada por la naturaleza de facultades excepcionales, la digna sucesora de madame de Thébes, agasajada y celebrada en toda Europa por la más rancia nobleza y elevada aristocracia, después de haber despertado el interés de ilustres psicólogos y de la prensa, se encuentra de pasaje en Buenos Aires, donde ofrecerá a la sociedad más culta y distinguida de la capital la ocasión de ser consultada en su domicilio particular.

"Todos los días, de las 14 a las 20.

Viernes: "Consultations de gala."

"Por la mañana, consultas previo aviso."

"Psicoquirológico, he demostrado en más de 30 años de experiencia, que el hombre es un centro potencial de energías, que cultivadas impulsan su progreso, y que los rasgos fisonómicos exteriorizan su naturaleza psicológica, revelando tendencias, estado de salud, etcétera, que conocidas porel observador psíquiso, sirven de guía para mejor orientarlo y contribuir eficazmente para la conquista de bienestar."

Estos son algunos de los tantos anuncios que tengo en mi poder. Además de esto, hay cierta clase de anuncios que han sido señalados en las sociedades médicas—la ley de Ejercicio de la Medicina comprende no sólo a la medicina sino a las ramas afines, odontología, partos, etcétera—hay avisos donde se dice lo siguiente: partera especialista en todos los casos, con o sin chapa, se aplican tales o cuales medios. Se señala en las sociedades médicas que esos avisos se sabe que se refieren a casas en que se realizan abortos. Esto debe saberlo el Departamento Nacio-

nal de Higiene, porque se ha dicho en todas las sociedades médicas que estos anuncios son con ese fin y sin embargo se publican en casi todos los órganos del periodismo de la Capital.

No abundaré en otros detalles porque no quiero prolongar los fundamentos de este proyecto de declaración y sé que la Cámara está abocada a la consideración de otros asuntos muy importantes, por lo que sólo he de destacar el hecho de que es necesario que el Departamento Nacional de Higiene y el Ministerio Fiscal hagan cumplir el artículo 208 del Código Penal que dispone clara y terminantemente que debe reprimirse el curanderismo, a lo que debe agregarse el charlatanismo médico que se practica con estos anuncios, para garantir en la medida de lo posible la salud pública.

Estas son las razones con que fundamento este proyecto de declaración que espero tendrá voto favorable de mis honorables colegas.

(La Prensa Med. Argentina.)

VACCINATION

When some one tells you that vaccination is a "false theory", give him one fact.

In the War of 1870 all of Prussia's soldiers were vaccinated. There was no smallpox in the Prussian Army. The French army was not vaccinated. There were thousands of smallpox cases in the French Army. Germany to-day has no smallpox, except isolated cases coming over the border from Russia.

In the late great war all the soldiers of civilized countries were vaccinated. Smallpox amounted to nothing in that war. One falt is more important than a lot of foolish guessing.

HOW MUCH TIME DO DOCTORS WASTE IN TRAFFIC?

Physicians, being safe and skillful Drivers whose moments are precious, should be allowed Traffic Preference.

An everyday complaint from the sick-room is that the doctor is always in too much of a hurry. "He grabbed my wrist, asked me how I felt, and then ran off before I had time to answer," is the way one kicker described the professional visit.

That's the patient's story.

Fifteen calls to make in one morning. Eighty per cent of the time spent in driving. Half of that time wasted obeying traffic regulations where there is no more traffic than a ragpicker's pushcart and an overfed cat waddling across the street. The climax come when the doctor finally arrives at the patient's home and finds the familiar "no parking" sign staring him in the face. That's the doctor's story.

There is only one way in which this state of affairs can be remedied. More time for the patient and less time frittered away obeying merely obstructive traffic regulations! In other words, traffic preference and leniency for physicians when they are making their calls.

Physicians are safe and skillful drivers. This is not a mere slogan but a statement than can be supported by fact. The average physician sits at the wheel seven days a week, not only on holidays; therefore, he becomes a skillful driver. The physician is an educated man and has a sense of responsability. That's what makes him a safe driver.

Insurance companies recognize the fact that medical men are safe and skillful drivers. In fact, one company, Chicago Lloyds, has offered physicians automobile insurance at a reduced premium rate of 20 per cent which can mean but one thing: The physician is a safe, reliable and skillful driver.

Police officials must be made to realize that public welfare requires that the time of the physician who is making calls on the sick be conserved. If the true facts are put before them in proper form, they will probably take a reasonable attitude.

No plea is made for permission to step on the gas. Speeding is always dangerous, no matter how skillful the driver. After all, the traffic lights, the one-way street, the poky trolley car, and the "no parking" sign cause the real delay.

The physician on duty should have his distinctive emblem in the form of a red cross so placed that all can see it. It should be lighted at night. It should be placed fore and aft, where the traffic cops will see it at a glance.

The physician's emblem should not be sold in the ordinary auto accessory shop. It should be issued to licensed physicians by the Police Department.

In other words, this sign should mean one thing and one thing only: The driver of this car is a physician on his way to help the sick! That is a sign everyone would respect.

Nobody ever questions the right of way of the ambulance. Even speeding is allowed. Every day of his life, the average physician makes professional calls of equal urgency to those of the ambulance doctor. Should he not be allowed equal

courtesy and leniency from the police on such occasions?

Every minute that the physician wastes in complying with a merely technical traffic regulation means one minute less in the sickroom.

HERE'S A HOT ONE

A doctor rushing to a hospital to operate on a patient, was delayed by his car breaking down. He manfully rranked, but she refused to start. Deciding that the bus was just dead from old age—he hadn't had a new one in six years—he walked to the nearest state road to hail a car going in his direction. Down the pike came a beautiful, purring, shiny new Packard hitting softly on all eight as she swerved down the hill. Answering the doctor's hail, the car stopped and the doc leaped in. An lo, and behold, the driver was a man who owed him five hundred for an operation on his wife over two years ago. What each man thought for the next few miles is a difficult piece or guesswork, but the fact is that neither said much—just sat. Naturally!

The physician trades in the most valuable thing in the world. Diamonds, gold, pearls, rubies, fame and love fade into insignificance alongside of health. For what good is gold if a man's wife is a widow? And the doctor charges less for this most valuable substance than the bootblack charges for dyeing a pair of tan shoes! Holy Mike! When will he learn?

THE PRICE OF A LIFE VS. THE PRICE OF A CAR

C R A S H! A smothered scream. Then silence. The crowd began to gather around the smashed car which somehow had hit the curb, then a telephone post— and the crumpled figure of a young girl over which bent a distracted man in chauffeur's uniform.

Through somebody's carelessness and an unfortunate swerve of the wheel, the twelve-year-old daughter of a bank president had been thrown through the windshield. Examination at the hospital proved the injuries to the spine which paralyzed the body below the lumbar region.

A surgeon whose reputation had preceded him to almost every little village and hamlet in the country was called from the city. He made a diagnosis of fracture of a lumbar vertebra with an impaction of a fragment of bone transversely into the spinal cord.

"Do you thing you can help my daughter?" asked the distracted father tremously.

"I cannot be positive about it, but the only hope is in an operation. I am, of course, willing to do my best," answered the eminent surgeon.

The operative work was skillfully done, and after six months of careful post-operative treatment the child was able to walk again.

The tears of gratitude that streamed down the father's cheeks as he saw his only child walk again were enough to soften the heart of the most experienced surgeon. The banker took the surgeon to the train in a new limousine, which had evidently replaced the one in which the daughter had met disaster.

Several days later the banker received a bill from the surgeon for $5,000 for services rendered—for the time, skill, patience and service he had generously devoted to the little girl over a period of six months.

To the surgeon's surprise the banker did not inmediately remit. Instead a letter was received in which he was called a "highway robber" and libelled to the Nth degree. What a price for a few visits and an operation! Why the surgeon must be crazy! Send another bill, and get out your pencil sharpener and get the figure down to reason. "No $5,000 from me", said the banker.

The automobile salesman who sold the banker a new limousine to replace the smasher car had no trouble in collecting his check. Ah, no! That's different. That's business, my boy! And as the new limousine is parked carefully, so as not to scratch the new fenders, outside the bank, one cannnot help but think that the surgeon made a mistake by not entering the automovile game.

For the banker was willing to buy a new car, but unwilling to pay for repairing his only child. And a new car can be purchased every time the old one is smashed, while had the surgeon erred in operating on the spinal cord, he never could have replaced his daugther.

What a queer world! And what queer people!

The automobile salesman gets his, without a murmur. The big, shining car outside looks like the money, all right. But the surgeon, who merely saved the little girl's life, was put off with a rebuff, and

his reward, when finally came through, was small and begrudged.

This is another case added to the long list of soft upper lips, nerves of india-rubber and dish-rag spines with which some doctors are afflicted.

When the patient who can afford to pay, snorts and bounds, the poor physician truckles and bends.

Let the same rich patient ask his attorney to reduce his fee! The heavens will open, brimstone will rain and the terra firma wil rock in rightenous indignation. Ten chances to one the attorney so annoyed will render immediately an additional invoice: "To shattered nerves which your request for a reduction superinduced, $100!" Yes, and he will collect it, too.

Everybody gets his but the doctor, and he gets his where the bottle got the cork!

Still worse, the doctor attends hundreds of sufferers who are unable to pay anything—he attends them with the same loving care that is lavished on the rich man's doctor's bill is a hidden tax upon which the doctor relies for payment to recompense himself for time lost on gratis work.

How many lawyers, plumbers, mechanics or barbers did you ever hear of who worked for nothing because the customer was poor, in need of services and could not pay?

For Heaven's sake, doctor, keep a stiff upper lip—don't have a backbone made of boiled macaroni. Look your man in the eye. If you flinch or decrease the size of the original bill, you are lost—your patient will then be convinced that you tried to rob him and point to your compromise as proof that you acknowledge it.

Human beings seem to value property higher than life—cars are worth more than daughters, fenders more necessary to keep in repair than spines.

The thought presses for expression that all this is most strange, inequitable and difficult to understand.

UNITED STATES PUBLIC HEALTH AN AID TO THE MEDICAL SERVICE PRACTIONER

Physicians treating venereal disease cases have frequently expressed a need for a pamphlet containing instructions and advice to be given to venereal disease patients. Due to the nature of these diseases and the regimen which proper treatment requires, the need for such a publication has long been apparent. Some time ago the U. S. Public Health Service prepared a pamphlet known as, "Important Confidential Information" expressly for this purpose. The leaflet is in two parts, one dealing with Gonorrhea and the other with Syphilis. Advice is given among other points on the following: Importance of continuing treatment until cured, proper diet while under treatment, proper care to prevent the spread of the disease, the futility and danger of quacks and self treatment, sex conduct and marriage.

Many physicians have found this publication a valuable aid in securing the cooperation of the patient while under treatment and also as an aid in holding the patient until cured or rendered non-infectious. Copies of this publication are available from most State Departments of Health or they may be secured by writing to the U. S. Public Health Service, Washington, D. C.

V 20 154

SUMARIO


MEDICAMENTA VERA
PD & Co.
El *Suero Hemostático* disminuye notablemente el tiempo de coagulación de la sangre normal. Este producto contiene todos los constituyentes que provocan el fenómeno de la coagulación sanguínea.
El *Suero Hemostático* se suministra en frasquitos de 5 c.c. (Bio. 72), listo para uso inmediato. Se emplea como profiláctico o como hemostático durante las operaciones o después de ellas.
A los médicos que lo soliciten se les enviará un folleto descriptivo del Suero Hemostático.
Parke, Davis & Cía.
Detroit & New York, E.U.A.
BIO. 72
SUERO HEMOSTATICO
HEMOSTATIC SERUM
PARKE, DAVIS & CO.